7 b 23 a

No. ~~A. J. 28~~

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
ASSOCIATION,
19 BOYLSTON PLACE,

Received

By Gift of

Yf J Ainsworth

DEPOSITED IN
BOSTON MEDICAL LIBRARY,
BY
HARVARD COLLEGE.
LIBRARY.

CLINIQUE MÉDICALE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE TERZUOLO,
RUE MADAME, N° 30.

CLINIQUE MÉDICALE,

OU

CHOIX D'OBSERVATIONS

RECUEILLIES

A L'HOPITAL DE LA CHARITÉ

(*CLINIQUE DE M. LERMINIER*)

PAR G. ANDRAL,

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES
à la Faculté de Médecine de Paris,
membre de l'Académie royale de Médecine, des Sociétés de Médecine d'Athènes,
de Bogota, d'Édimbourg, de Liége, de Naples, de la Nouvelle-Orléans, de Toulouse, etc.;
médecin de l'hôpital de la Charité, médecin consultant du roi,
officier de la Légion-d'Honneur.

QUATRIÈME ÉDITION, REVUE, CORRIGÉE ET AUGMENTÉE.

TOME PREMIER.

MALADIES DE L'ABDOMEN.

TOME I.

Nulla est alia pro certo noscendi via nisi quàm plurimas et morborum et dissectionum historias, tùm aliorum, tùm proprias, collectas habere, et inter se comparare.

MORGAGNI, *De Sed. et Caus. morb.*, lib. IV, proœm.

Paris.

CROCHARD ET Cie, LIBRAIRES-ÉDITEURS,
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, N° 13.

1839.

AVANT-PROPOS

DE LA TROISIÈME ÉDITION.

Cet ouvrage n'est point un traité dogmatique de médecine; il ne faut pas non plus y chercher la monographie complète des maladies dont je m'y suis occupé. C'est une sorte de compte-rendu des recherches cliniques auxquelles je me suis livré pendant plusieurs années d'observations dans les hôpitaux. Il se compose surtout de faits recueillis dans le but de jeter quelque jour sur le diagnostic et sur la thérapeutique de plusieurs maladies. Ces faits y sont rangés et distribués en séries analogues; l'exposition de chacun d'eux est suivie d'un commentaire dans lequel j'essaie de faire ressortir les particularités qui le distinguent, et toutes ces nuances de détail qui, échappant aux descriptions générales, sont cependant si importantes à connaître et à retenir. Après avoir soumis à l'analyse toutes ces individualités morbides, si je puis ainsi m'exprimer, je m'élève à un autre travail : dans des résumés, je les rapproche, je les compare, et, avec les résultats qu'ils me fournissent, j'établis quelques principes généraux. Dans ce travail, j'interroge aussi les faits publiés par d'autres observateurs, et je mets en parallèle leurs résultats et les miens; car, tout en me réservant le droit de juger l'expérience d'autrui, je ne suis pas de ceux qui dédaignent d'en faire usage, et je crois qu'il y a toujours dommage pour la science à ne se placer, dans la généralisotion des faits, qu'au point de vue de sa propre observation. Enfin, après avoir ainsi exposé et résumé les faits, je m'appuie sur la base qu'ils me fournissent pour discuter, et quelquefois pour résoudre plusieurs des questions qui agitent la science.

Tel est le plan qui m'a guidé dans la composition de cet ouvrage; tel est le but que je m'y suis proposé. La route que j'ai suivie, c'est celle qu'avait déjà tracée Morgagni, et qu'il recommandait comme la plus sûre pour arriver à la connaissance de la vérité. *Nulla est alia pro certo noscendi via, nisi quam plurimas et morborum et dissectionum historias, tum aliorum, tum proprias, collectas habere, et inter se comparare.*

On a beaucoup répété dans ces derniers temps que ce n'étaient

point les faits particuliers qui manquaient à la science, qu'elle en était plutôt encombrée, et que ceux que l'on possédait suffisaient largement à ses besoins. Je ne saurais partager cette manière de voir : la médecine ne me semble point avancée à ce point, qu'on puisse désormais regarder comme superflue l'investigation patiente des faits particuliers. A chaque pas, on rencontre dans son étude des problèmes qui attendent une solution, des questions fondamentales qui réclament une discussion nouvelle; et sans cesse on est arrêté, parce que les faits manquent pour les résoudre; d'autres fois ces faits existent : mais, suffisants et complets pour une époque donnée de la science, ils cessent d'être tels à une époque plus avancée, à mesure que de nouvelles questions sont posées. Essaie-t-on ensuite de systématiser ces faits? on s'aperçoit bientôt qu'il en est un grand nombre qui échappent à toutes les lois auxquelles on s'efforce de les ramener. Certes, ce n'est point le génie qui a manqué à plusieurs de ceux qui ont tenté ces systématisations; ce qui leur a manqué, ce sont les faits; et leur œuvre a été toujours incomplète, parce qu'elle était prématurée. Non, il n'est point encore possible de ramener à un grand fait primitif, comme à un principe d'où puisse se déduire tout le reste, les innombrables faits dont se compose notre science; ils ne se lient point assez les uns aux autres, il y a trop d'anneaux qui manquent encore à la chaîne qu'on essaierait de former avec eux. Aussi, éclectique par nécessité, comme l'est tout médecin près du lit des malades, je n'ai tenu compte des divers systèmes que pour les discuter en présence des faits, et il m'a peu importé quelles étaient les idées théoriques que chacun de ces faits tendait à renverser ou à soutenir.

Quant à ma manière d'interpréter les faits, elle n'a pas toujours été la même que dans les précédentes éditions; car la science marche sans cesse, et, à mesure que l'horizon s'agrandit devant elle, il faut bien que l'observateur vienne se placer sous le jour des nouveaux points de vue qu'elle a découverts. C'est donc beaucoup moins sur mes opinions, changeantes et progressives comme la science, que sur les faits eux-mêmes que j'appelle l'attention des praticiens. Je désire m'être toujours souvenu que les systèmes qui ont dominé la médecine et qui presque tous ont à la fois retardé et accéléré ses progrès, n'ont été que des points de vue divers sous lesquels ceux qui ont créé ces systèmes ont successivement envisagé la vérité. Servons-nous de ces systèmes comme d'autant de méthodes pour coordonner les faits, saisir

leurs rapports, et découvrir les lois de leur production; mais gardons-nous d'oublier que les faits eux-mêmes, comparés et rapprochés dans leurs résultats, font la richesse réelle de la science, et qu'à eux seuls il appartient de déterminer la valeur et la durée des systèmes. Ceux-ci sont cependant nécessaires, et ils doivent s'offrir à nous comme une des conditions imposées à l'homme dans la recherche de la vérité. Ce sera toujours un besoin pour notre intelligence de ramener les faits, à mesure qu'elle les découvre, au point de vue le plus général possible; ainsi se formule le passé, se féconde le présent, et se prépare l'avenir. La science marche donc à la fois, et par l'observation des faits, et par leur systématisation.

Dans les deux premiers volumes de cette troisième édition, j'ai traité des maladies des organes abdominaux, et c'est à propos des maladies du tube digestif, comprises parmi elles, que j'ai abordé la question de la nature des fièvres. Les deux volumes suivants sont consacrés à l'histoire des affections des organes thoraciques. Enfin, dans le cinquième et dernier volume, j'ai consigné un certain nombre de recherches sur les maladies de l'encéphale et de ses annexes.

Je dois rappeler ici que les observations publiées dans la première édition de cet ouvrage ont toutes été recueillies par moi à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Lerminier. Les éditions suivantes ont été augmentées d'un certain nombre d'observations que j'ai recueillies dans d'autres établissements auxquels j'ai été successivement attaché comme médecin, notamment à l'hôpital Cochin, à l'hospice de la Maternité, à la maison royale de Santé, et enfin à l'hôpital de la Pitié. J'ai cru aussi devoir y joindre quelques observations tirées de ma pratique particulière, suivant le vœu qu'exprimait Fr. Hoffmann (1), qui avait senti ce qu'un pareil travail pouvait avoir de fructueux pour la science. Toutefois les cas les plus nombreux que contiennent ces cinq volumes, et surtout les quatre premiers, n'en restent pas moins ceux que m'a fournis la clinique de M. Lerminier. Élève de ce praticien consommé, honoré de sa constante amitié, c'est à lui que je dois la première idée de la composition de cet ouvrage; c'est sous sa direction que j'ai rassemblé les faits consignés dans la première

(1) Vehementer certè optandum foret, ut medicus, casus in artis exercitio occurrentes, præsertim notabiliores, plenissimè consignare, atque hoc pacto artis medicæ incrementum promovere anniteretur.

édition, et c'est à ses conseils que j'ai soumis les réflexions qui les accompagnent. Détourné des travaux du cabinet par les occupations fatigantes de la médecine pratique, M. Lerminier désirait cependant qu'un ouvrage recueillît et les faits nombreux observés dans ses salles, et les résultats de ses conférences cliniques; il voulut bien confier ce travail à ma jeunesse, et la *Clinique médicale* fut publiée sous ses yeux. Plus avancé aujourd'hui dans la carrière que cet excellent maître m'ouvrit avec une si rare bienveillance, je reconnais avec bonheur que, si mes efforts ont pu être quelque peu utiles à la science, je le dois à l'homme dont le haut savoir me remplit d'ardeur, et dont la bonté inépuisable vint soutenir mon courage (1).

---

(1) En livrant aujourd'hui au public cette nouvelle édition de la *Clinique médicale*, je n'ai rien à ajouter à l'avant-propos que j'avais placé à la tête de la troisième. Depuis que celle-ci a paru, la mort a enlevé à la science, à l'humanité, à ses amis l'homme excellent sous l'inspiration duquel la *Clinique* a été composée. Appelé, depuis qu'il n'est plus, à le remplacer, à l'hôpital de la Charité, dans ces mêmes salles où naguère, simple disciple, je me formais sous sa direction bienveillante à l'art difficile de l'observation, chaque jour vient en quelque sorte l'y ramener tout vivant dans mon souvenir. En parcourant ces lieux où je me retrouve sans lui, et où avec lui j'ai tant vécu, je reporte ma pensée, avec je ne sais quelle douce tristesse, vers ces conversations de tous les matins où se montraient libres et exemptes d'entraves la finesse si remarquable de son esprit, l'exquise délicatesse de son jugement, et, ce qui vaut mieux encore, la bonté du cœur, la conscience de l'homme de bien, la probité sévère du médecin; car pour M. Lerminier le devoir, le droit, la justice n'étaient pas de vains mots. Homme rare, dont les qualités durent passer inaperçues du grand nombre; car on ne trouvait en lui ni cette hardiesse de parole qui en impose, ni ce ton affirmatif qui trop souvent subjugue avant d'avoir convaincu. Peu curieux de faire prévaloir ses opinions, bien qu'il en eût de très-arrêtées en toutes choses, il savait comprendre et accepter qu'on ne pensât pas comme lui : la fermeté de son esprit était mal servie par je ne sais quelle timidité de caractère, qui lui faisait redouter la foule, et le tumulte des discussions publiques; aussi ne se livrait-il qu'à ses amis; il ne se montrait qu'à eux; hors de leurs regards il se taisait, et se repliait sur lui-même. Il avait d'ailleurs beaucoup vu, et une longue expérience des hommes et des choses lui avait appris que le nombre des suffrages, comme celui des faits, se trouve être souvent en raison inverse de leur valeur.

CLINIQUE MÉDICALE.

OBSERVATIONS

SUR LES

MALADIES DE L'ABDOMEN.

LIVRE PREMIER.

MALADIES DU TUBE DIGESTIF.

Les altérations qu'on trouve après la mort dans le tube digestif se rattachent à deux grandes séries d'altérations de fonctions. Dans l'une de ces séries, les désordres fonctionnels portent surtout sur les voies digestives ; là sont les symptômes, là aussi est évidemment toute la maladie. Dans une autre série, il n'en est plus de même : les désordres fonctionnels prédominants n'ont plus leur siége dans l'appareil digestif, bien que dans cet appareil réside encore la lésion anatomique; et, tandis que du côté de l'estomac et des intestins on n'observe plus que des symptômes très-peu prononcés, d'autres appareils, et spécialement ceux de la circulation et de l'innervation, présentent dans les actes qu'ils sont chargés d'accomplir des désordres aussi graves que variés. En pareil cas, on ne pouvait pas être conduit par les seuls symptômes à chercher dans

les voies digestives une altération qui les expliquât. Aussi pendant bien long-temps on ne se douta même pas de l'existence de cette altération ; et lorsqu'on l'eut découverte, beaucoup d'esprits hésitèrent encore à admettre qu'en elle seule fût la cause de tous les symptômes, et que seule elle constituât toute la maladie, tant elle leur semblait en désaccord d'intensité avec la gravité et l'universalité des désordres fonctionnels. Ils conservèrent donc à ces maladies le nom de *fièvres* essentielles. Discuter et résoudre autant que possible à l'aide des faits les importantes questions que l'étude de ces maladies a récemment soulevées, tel est l'objet qui va nous occuper dans la section suivante. Nous aurons ensuite à nous occuper des maladies de la première série, ou de celles qui reconnaissent pour seul point de départ et pour unique élément l'état morbide de l'appareil digestif. L'étude de ces maladies, ou au moins de quelques-unes d'entre elles, sera l'objet d'une seconde section.

SECTION PREMIÈRE.

OBSERVATIONS SUR LES FIÈVRES.

Les maladies retracées dans les observations que comprend cette section sont celles qui ont été long-temps décrites sous le nom de fièvres essentielles, et qui se trouvent désignées dans la Nosographie de Pinel par les expressions de fièvres inflammatoire, bilieuse, muqueuse, adynamique et ataxique. Il était réservé à M. Broussais de changer, sur ce point comme sur beaucoup d'autres, la face de la science.

Depuis la publication de l'Examen des doctrines médicales, de nombreux travaux sont venus appuyer la doctrine de la localisation des fièvres. Ces travaux, qui tous ont eu pour point de départ ceux de M. Broussais, ont de plus en plus démontré le rôle important que jouent les inflammations du tube digestif dans la production des fièvres dites essentielles. Mais ils ont en même temps apporté quelques restrictions aux idées émises par M. Broussais sur le siége et sur la nature de ces fièvres. Ainsi les utiles recherches de M. Bretonneau ont fait connaître, sous le nom de *dothinentérie*, une lésion particulière des follicules intestinaux qui coïncide plus souvent qu'une simple gastro-entérite avec les phénomènes des fièvres dites essentielles. C'est cette même lésion qui, indiquée avant M. Bretonneau par MM. Petit et Serres comme le caractère anatomique de leur fièvre entéro-mésentérique, avait été décrite par nous dans la première édition de la Clinique sous le nom d'*exanthème intestinal*. Nous avions signalé dès lors toutes les périodes par lesquelles passent les plaques et les boutons isolés, depuis leur origine jusqu'à leur transformation en

ulcères. M. Bretonneau n'a rien ajouté à la description de M. Petit ni à la nôtre; il n'a fait qu'assigner un siége à l'exanthème, en le plaçant dans les follicules. Plus récemment, MM. Chomel et Louis ont mis hors de doute, par leurs excellentes observations, l'importance de la lésion exanthémateuse des follicules intestinaux dans la production des fièvres graves.

Tout en admettant la grande importance du rôle joué par l'altération des follicules intestinaux dans un grand nombre de fièvres dites essentielles, peut-on tout expliquer par elle? Nous ne l'avons jamais pensé, et toujours il nous a semblé que ce qui domine dans beaucoup de maladies appelées de ce nom, ce qui leur donne surtout un caractère de gravité, c'est le trouble de l'innervation et de l'hématose. Tel est aussi l'avis de M. Bouillaud, qui, tout en rattachant l'origine du mouvement fébrile à l'état inflammatoire des follicules, admet en même temps un désordre consécutif du sang et du système nerveux. La science lui doit d'avoir insisté un des premiers sur les altérations que le sang éprouve dans ces maladies, lorsqu'elles deviennent graves ; mais pour lui ces altérations sont toujours secondaires, et c'est ce qui me paraît loin d'être prouvé. Peut-être était-on plus en droit de l'affirmer il y a quelques années que dans ce moment, où de curieuses expériences, entreprises sur les animaux vivants, nous montrent qu'un grand nombre d'altérations peuvent se produire dans les solides, par cela seul qu'on a modifié la constitution du sang (1).

Ce trouble de l'hématose et de l'innervation qui donne naissance aux phénomènes dits adynamiques et ataxiques, ou

(1) Magendie, *Leçons sur les phénomènes physiques de la vie.*

en d'autres termes à l'état typhoïde, peut être le produit consécutif de plusieurs lésions, différentes par leur nature et par leur siége.

D'abord les inflammations gastro-intestinales lui donnent naissance plus fréquemment que les maladies d'aucun autre organe. Parmi ces inflammations, les unes portent spécialement sur les follicules intestinaux qui se tuméfient et s'ulcèrent; les autres ne consistent qu'en une simple phlegmasie de la membrane muqueuse elle-même.

Moins souvent que le tube digestif, les autres organes peuvent cependant devenir aussi, par leurs maladies, l'occasion de cette perturbation profonde de l'innervation et de l'hématose, perturbation qui constitue la fièvre adynamique et ataxique de Pinel. Ainsi la phlébite, la pneumonie, surtout chez les vieillards, l'érysipèle, le phlegmon, les inflammations des voies urinaires, un abcès développé dans la prostate, une métrite, plusieurs formes de phlegmasies du foie, la variole, l'inflammation aiguë des membranes synoviales, etc., peuvent lui donner naissance. C'est ce qui a été démontré, dans ces derniers temps surtout, par un grand nombre d'observations, et en particulier par celles que Dance et d'autres après lui ont publiées sur la phlébite.

Mais ce n'est pas tout, et il peut arriver aussi qu'au lieu d'avoir son point de départ dans un solide, la fièvre ataxo-adynamique reconnaisse pour origine une altération du sang, soit que cette altération ait eu lieu spontanément, et qu'elle ait produit une sorte de scorbut aigu, soit qu'elle suive l'introduction dans le sang d'agents délétères, comme miasmes, virus, matières en putréfaction; ces agents, après avoir modifié la composition du sang, vont empoisonner les centres nerveux : alors la maladie est partout où il y a du sang et des nerfs, et partout il peut se former des lésions qui ne

jouent plus qu'un rôle secondaire dans la production des symptômes, et peut-être, dans l'avenir, et sous l'influence d'autres théories qui commencent à se faire jour, effacera-t-on du nombre des causes de l'état typhoïde la plupart des altérations locales auxquelles on le rapporte aujourd'hui, pour l'expliquer, lui et ces altérations elles-mêmes, par une modification primitive du sang.

Ainsi l'état ataxo-adynamique ou typhoïde se développe à l'occasion d'un grand nombre d'affections très-différentes les unes des autres : c'est une collection de symptômes, identiques quant à leur siége définitif, mais non quant à leur point de départ. Ces symptômes, identiques aussi quant à leur nature, ne diffèrent que par leur intensité plus ou moins grande : relativement à leur marche et à leur durée, elles sont subordonnées à la marche et à la durée mêmes de l'affection à propos de laquelle les symptômes typhoïdes se sont développés. Si c'est une altération primitive du sang qui leur donne naissance, ces symptômes pourront acquérir en quelques heures leur plus haut degré de développement, et en quelques heures entraîner la mort. Si le point de départ est dans un organe où l'inflammation se développe rapidement, comme dans un poumon ou dans une veine, les symptômes typhoïdes auront comme cette inflammation une marche prompte et une terminaison rapide. Que si, au contraire, ils se lient à une inflammation qui, comme celle des follicules intestinaux, a des périodes qu'elle parcourt avec une certaine lenteur, ils seront, comme cette inflammation elle-même, lents à se développer et à se terminer, soit favorablement, soit d'une manière funeste. Voilà, selon nous, toute la différence qui existe entre l'état typhoïde qui marche avec une dothinentérite et celui qui se lie à une phlébite, par exemple. Toutefois, dans chacun de ces cas, indé-

pendamment d'un certain nombre de symptômes généraux, qui sont la traduction d'un trouble plus ou moins profond de l'innervation et de l'hématose, il y a des symptômes particuliers et spéciaux, auxquels doivent donner naissance les différentes lésions locales, qui peuvent être l'occasion du développement de l'état typhoïde, ou qui coïncident avec lui. M. Louis a réservé l'expression de fièvre typhoïde pour l'état morbide qui marche avec l'affection des glandes de Peyer; cette maladie mérite sans doute d'être séparée par ses symptômes, par sa marche, par sa durée, etc., d'une foule d'autres dans lesquelles cependant, comme dans la dothinentérite, et même plus constamment que dans celle-ci, existe dès l'abord l'état typhoïde. Car on se tromperait étrangement, si l'on croyait trouver dans toute dothinentérite les symptômes qui se rattachent à l'expression d'état typhoïde prise dans son sens étymologique. Il y a beaucoup de ces affections qui parcourent leurs diverses périodes sans qu'un trouble notable du système nerveux vienne à se manifester; tout ce que l'on observe alors, c'est cet ensemble de phénomènes qui caractérisent les fièvres dites inflammatoires, ou bilieuses. En employant donc et en consacrant l'expression de fièvre typhoïde, on ne saurait avoir d'autre but que de faire ressortir les analogies plus ou moins grandes qui existent entre la pyrexie liée le plus souvent à une inflammation folliculeuse des intestins, et le typhus.

Il nous a paru nécessaire, avant de nous engager dans les recherches qui vont suivre, de bien distinguer la maladie qui a été appelée fièvre typhoïde, et l'état morbide beaucoup plus général pour lequel le nom d'état typhoïde doit être consacré. Nous admettons, comme conséquence possible, mais jamais nécessaire, d'un grand nombre de maladies, un *état typhoïde*, c'est-à-dire un état dans lequel

apparaissent des symptômes généraux plus ou moins semblables à ceux qui caractérisent le typhus. Cet état annonce que la maladie ne réside plus tout entière dans l'organe où elle avait pris naissance ; il est en quelque sorte le signal de la participation du sang et des centres nerveux à la maladie. Dès lors la nature de cette maladie n'est plus la même, et d'autres indications thérapeutiques se présentent à remplir.

Nous espérons que les observations qu'on va lire contribueront à jeter quelque jour sur les questions que nous venons d'aborder.

CHAPITRE PREMIER.

FIÈVRES CONTINUES TERMINÉES PAR LA MORT.

En classant les cas relatifs à ces maladies d'après le siége des lésions qu'elles laissent après elles, nous sommes conduit à les distribuer, d'après nos observations, dans trois principaux articles.

Dans un premier article se trouvent rangés les cas où nous avons constaté dans le tube digestif l'existence de la lésion décrite par nous dans la première édition de cet ouvrage, sous le nom d'exanthème intestinal, et par M. Bretonneau sous le nom de dothinentérie. Ces cas sont, de tous, les plus nombreux. Ils constituent la fièvre typhoïde de M. Louis. La maladie à laquelle ils sont relatifs a encore été désignée par les noms d'entérite folliculeuse (Cruveilhier et quelques autres), d'entéro-mésentérite typhoïde (Bouillaud). Ces expressions me paraissent avoir l'inconvénient de jeter trop exclusivement la pensée sur la lésion intestinale, qui n'est certainement ici qu'une fraction de la maladie. La dénomination de fièvre entéro-mésentérique, employée naguère par MM. Petit et Serres, avait bien sa valeur; en même temps qu'elle reportait l'esprit sur le caractère anatomique de la maladie, et qu'elle en montrait l'importance, elle ne plaçait pas nécessairement la lésion intestinale au premier rang, elle la subordonnait à l'état général. Ainsi la variole, dans laquelle l'éruption cutanée n'est certainement pas toute la maladie, était à mon avis très-convenablement appelée dans les anciennes écoles fièvre varioleuse.

Dans un second article sont exposés les cas moins nom-

breux dans lesquels le tube digestif nous a offert, non plus une affection de ses follicules, mais une simple inflammation de sa membrane muqueuse, caractérisée par la rougeur et le ramollissement de cette membrane. C'est là la gastro-entérite, telle que l'avait d'abord décrite M. Broussais. Nous prouverons, par des observations, qu'elle peut, tout aussi bien que l'entérite folliculeuse, donner naissance à des symptômes typhoïdes, mais dans un moins grand nombre de cas. Le mouvement fébrile qu'elle suscite a aussi en général une durée moins longue et des périodes moins déterminées que celui auquel donne naissance l'entérite folliculeuse; peut-être aussi peut-on s'en rendre plus facilement maître et l'arrêter plus sûrement dans sa marche que la fièvre liée à une dothinentérie.

Enfin, dans un troisième article, nous consignerons les cas dans lesquels, bien que des symptômes ataxo-adynamiques ou typhoïdes aient encore été observés, on ne découvre plus de trace de lésion dans le tube digestif. Mais, ailleurs, dans différents organes, on trouve des altérations qui peuvent être regardées comme le point de départ de ces symptômes. Ces altérations, pas plus que celles du tube digestif, ne constituent pas toute la maladie; elles ne sont, en quelque sorte, que l'occasion de son développement, à peu près comme une plaie qui, dans certaines dispositions de l'économie, devient une cause occasionnelle de tétanos. Ici, comme dans les cas d'entérites simples ou folliculeuses, c'est dans les centres nerveux secondairement affectés, qu'il faut chercher la cause de la gravité de la maladie; c'est dans la nature des modifications qu'ont subies les centres nerveux qu'il faut chercher l'explication des symptômes; c'est à l'état de ces centres que doit être en grande partie subordonné le traitement. Ajoutons enfin qu'en dehors de ces cas

où l'on trouve encore quelque lésion locale qui peut être plus ou moins sûrement considerée, sinon comme la cause unique, au moins comme le point de départ des accidents, il en est d'autres dans lesquels les lésions locales ou sont nulles, ou sont de telle nature qu'on ne peut plus même les considérer comme ayant joué un rôle dans le développement de la maladie.

ARTICLE PREMIER.

FIÈVRES CONTINUES, LIÉES A UNE INFLAMMATION FOLLICULEUSE DES INTESTINS.

Dans les observations qui vont suivre, nous essayerons de suivre l'entérite folliculeuse dans ses diverses périodes, depuis celle où elle ne constitue que quelques élevures disséminées à la surface interne de l'intestin grêle, jusqu'à celle où les ulcérations qui ont succédé à ces élevures se sont elles-mêmes cicatrisées. Nous étudierons quels sont les symptômes qui ont accompagné les diverses phases de cette sorte d'exanthème; nous chercherons à déterminer leurs rapports avec celui-ci; et, enfin, nous verrons jusqu'à quel point la maladie, dans ses différentes formes symptômatiques, s'est trouvée influencée, soit en bien, soit en mal, par les diverses méthodes thérapeutiques.

§ I. OBSERVATIONS SUR L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE A LA PÉRIODE D'EXANTHÈME.

Ire OBSERVATION.

Symptômes de fièvre bilieuse ; absence de dévoiement. Mort par pneumonie neuf jours après le début de la première maladie. Tuméfaction des follicules agminés de l'intestin grêle.

Un manœuvre, âgé de vingt-sept ans, à Paris depuis treize mois, éprouvait depuis quelque temps de la diminution dans son appétit, de la céphalalgie, un sentiment de faiblesse insolite. Un soir, après avoir soupé, il éprouve un frisson : toute la nuit il ressent une chaleur brûlante. Le lendemain cette chaleur continue ; il a un léger mal de gorge et vomit les aliments qu'il a pris la veille. Le surlendemain au soir il entre à la Charité. Examiné à la visite suivante, commencement du troisième jour de sa maladie, il présente l'état suivant :

Face jaune avec rougeur des pommettes ; céphalalgie sus-orbitaire ; injection des yeux, accablement général, mouvements pénibles, douleurs articulaires. Lèvres sèches ; langue couverte d'un enduit jaunâtre épais, d'un rouge cerise sur les bords et à la pointe ; goût d'amertume dans la bouche ; peu de soif ; déglutition légèrement douloureuse ; abdomen souple et indolent dans tous ses points ; pas de selles depuis le commencement de la maladie. Un peu de toux, râle muqueux en quelques points. Pouls fréquents et dur, peau sèche et d'une chaleur âcre. (*Saignée du bras de douze onces ; tisane d'orge, lavement ; diète.*)

Le lendemain, quatrième jour, l'état du malade n'a subi aucun changement notable. (*Deuxième saignée.*)

Délire dans la nuit du quatrième au cinquième jour.

Les cinquième et sixième jours, la teinte jaune de la face se prononce de plus en plus, les traits s'affaissent; le malade regarde d'un air étonné ceux qui l'entourent; ses réponses sont lentes; l'enduit de la langue est très-épais; l'abdomen n'est pas tendu; la constipation persiste. Dans la matinée du sixième jour, nous sommes frappés de la manière dont s'exécute la respiration: elle est haute, accélérée; nous écoutons la poitrine, et nous trouvons un râle crépitant très-prononcé dans toute l'étendue du lobe inférieur du poumon gauche; dans cette même étendue il y a une légère diminution de sonoréité des parois thoraciques; l'expectoration est nulle; le pouls a une extrême fréquence. L'existence d'une pneumonie nous semble évidente. Une saignée de douze onces est pratiquée, des sinapismes sont appliqués aux extrémités inférieures. Cette troisième saignée n'offrit pas plus de couenne que les précédentes. Dans la nuit, le malade délira.

Dans la matinée du septième jour, la gêne de la respiration était très-considérable; il n'y avait pas plus d'expectoration que la veille. Dans la partie postérieure et latérale gauche du thorax le son était mat, et l'on n'y entendait plus ni râle crépitant ni bruit respiratoire. L'état des voies digestives était le même. On obtenait difficilement des réponses du malade. (*Deux vésicatoires aux jambes.*) Délire la nuit.

Le huitième jour, même état. Le neuvième, la dyspnée est extrême, le malade peut à peine prononcer quelques mots d'une voix entrecoupée. Mort dans la journée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

L'encéphale et ses annexes offrent une injection générale assez vive, qui paraît liée à l'état d'asphyxie au milieu duquel le malade a succombé.

Le lobe inférieur du poumon gauche est complétement hépatisé; le reste du parenchyme pulmonaire, à gauche et à droite, est fortement engoué. Le cœur contient, dans sa partie droite, un gros caillot noir peu consistant.

La surface interne de l'estomac ne présente autre chose qu'un certain nombre de veines sous-muqueuses gorgées de sang, qui sont surtout apparentes vers le grand cul-de-sac. La muqueuse elle-même est partout pâle et de consistance ordinaire.

Cette même injection veineuse existe dans les trois cinquièmes inférieurs de l'intestin grêle. Dans l'étendue de deux pieds au-dessus de la valvule iléo-cœcale, existent cinq grandes plaques d'un gris rougeâtre, ovalaires, occupant le bord libre de l'intestin, faisant une saillie légère au-dessus du niveau du reste de la muqueuse. Ces plaques résultent évidemment d'une tuméfaction hypérémique des follicules agminés de l'intestin; entre ces plaques on trouve quelques petites pustules, les unes rouges, les autres d'un gris blanchâtre, qui ne sont non plus autre chose que des follicules isolés. Entre ces pustules, comme entre les plaques, la membrane muqueuse est pâle. La surface interne du gros intestin est blanche dans toute son étendue. Il ne présente rien de remarquable. Les autres viscères abdominaux n'offrent aucune altération appréciable.

Cette observation fournit un exemple bien tranché de do-

thinentérite à son premier degré. A l'époque où le malade entra à l'hôpital, l'appareil respiratoire ne présentait autre chose qu'une légère irritation des bronches, et ce n'était pas là qu'il fallait chercher la cause de la fièvre. Y avait-il quelque autre organe en souffrance? Nulle part, excepté au pharynx, on ne reconnaissait de douleur; partout l'abdomen avait conservé sa souplesse et son indolence normale. Il n'y avait pas de diarrhée, mais seulement on observait un état *saburral* de la langue avec rougeur de sa périphérie, qui coïncidait avec une *teinte bilieuse* de la face. Joignez à cela l'état de la peau et du pouls, et il en résultera la maladie décrite par les nosographes sous le nom de *fièvre bilieuse.* Cependant, que nous apprend l'ouverture du cadavre? Elle nous révèle un état morbide des follicules intestinaux; et comme ce même état a été retrouvé maintes fois dans des cas où long-temps avant la mort les mêmes symptômes avaient été observés pendant la vie, nous sommes en droit de penser qu'il y a une corrélation remarquable entre ces symptômes et la maladie intestinale; nous pouvons dire que c'est celle-ci qui a été au moins le point de départ de ceux-là. Cette maladie est encore à sa première période; elle ne consiste encore qu'en une sorte d'exanthème. Maintenant l'on peut se demander à quelle époque précise l'exanthème a commencé: fut-ce seulement le jour où se manifesta le frisson, et d'où nous avons fait dater le commencement de la maladie? Mais alors nous demanderons quelle était la lésion qui, avant ce jour, avait produit de l'anorexie, de la céphalalgie, du malaise. Si la lésion intestinale survint en même temps que le premier dérangement de la santé, fut-ce en devenant tout-à-coup plus intense, ou en changeant de nature, qu'elle produisit la fièvre?

Quoi qu'il en soit, retenons encore de cette observation qu'une dothinentérite peut se développer sans produire ni dou-

leur, ni tension du ventre, ni diarrhée. N'oublions pas non plus l'état de la langue, qui ne fut expliqué dans ce cas par aucun état morbide de l'estomac. Dans ce dernier organe il n'y avait pas plus de saburre que d'irritation; et son examen, fait après la mort, n'aurait pas plus justifié l'administration d'un vomitif que l'application de sangsues à l'épigastre.

Que si nous étudions maintenant cette maladie sous le rapport de sa marche et sous celui des moyens thérapeutiques qu'on lui opposa, nous trouverons qu'ici, comme dans bien d'autres cas, les émissions sanguines furent impuissantes pour enrayer la marche de la maladie; chaque jour, et malgré elles, nous vîmes la maladie s'aggraver; le délire, qui revenait chaque nuit, l'aspect de la face, l'embarras de l'intelligence et de la parole, la difficulté de plus en plus grande des mouvements, devaient faire craindre la transformation de la maladie en une *fièvre adynamique* proprement dite, lorsque se déclara la pneumonie qui entraîna prématurément le malade au tombeau. Cette pneumonie fut remarquable par la rapidité avec laquelle elle passa du premier au second degré; aucune douleur pleurétique ne l'accompagna; aucune expectoration caractéristique n'en signala l'existence. Voilà un cas, entre mille autres, dans lequel des émissions sanguines antécédentes n'empêchent pas une nouvelle inflammation de prendre naissance.

IIe OBSERVATION.

Symptômes de fièvre axatique. Mort six jours après l'invasion. Tuméfaction des follicules intestinaux. Aucune lésion appréciable dans les centres nerveux.

Un garçon chapelier, âgé de trente-un ans, entre à la Charité dans un état complet de délire. Ceux qui l'amènent disent que

quatre jours auparavant il avait été pris de céphalalgie et de fièvre. La veille seulement de son entrée, il avait commencé à délirer. Lorsque nous le vîmes, sa face était fortement injectée; les yeux roulaient continuellement dans les orbites, comme agités de mouvements convulsifs. Le malade prononçait des mots sans suite, et l'on ne pouvait obtenir de lui aucune réponse; on lui avait mis la camisole. Le tronc était dans un mouvement perpétuel; la langue était rouge et sèche; une abondante salivation avait lieu; le ventre était souple; il n'y avait pas de dévoiement. Le pouls battait plus de 120 fois par minute; il avait assez de force. (*Saignée de douze onzes; trente sangsues au cou.*)

Les deux jours suivants, le délire persista sans aucun intervalle de lucidité; la langue se sécha de plus en plus, la face pâlit, le pouls acquit une fréquence extrême, devint filiforme, et le malade succomba vers la fin du sixième jour. La constipation ne cessa pas, l'abdomen se météorisa un peu le dernier jour. Trente nouvelles sangsues furent placées au cou le cinquième jour, et le sixième on appliqua aux jambes deux vésicatoires qui ne prirent pas.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Pâleur des méninges; absence d'injection de l'encéphale, dont la consistance n'est ni augmentée ni diminuée.

État sain des organes thoraciques.

Deux plaques rouges, ayant chacune la largeur d'une pièce de deux francs, existent vers le grand cul-de-sac de l'estomac. Ces plaques sont formées par une injection pointillée de la muqueuse; partout cette membrane est bien consistante.

L'intestin grêle est blanc, sans lésion appréciable, dans ses cinq sixièmes supérieurs. Le cinquième inférieur présente,

1° quelques plaques ovalaires, rouges, évidemment constituées par des follicules malades; 2° un grand nombre de petites pustules coniques également rouges, qui ne nous semblent non plus être autre chose que des follicules isolés. Entre eux, la muqueuse est blanche et bien consistante. Quelques pustules semblables existent dans le cœcum. Le reste du gros intestin est pâle; sa muqueuse n'est pas ramollie.

État sain des autres organes.

Les altérations du tube digestif, trouvées sur le cadavre de cet individu, sont les mêmes que celles que nous a présentées le sujet de la première observation. Ici il n'y a de plus que les deux petites taches rouges de l'estomac. Cependant quelle différence dans les symptômes! L'individu dont on vient de lire l'observation semblait surtout devoir présenter, après la mort, des lésions du côté du cerveau, et l'on n'en découvrit aucune. L'encéphale et ses annexes furent même trouvés plus pâles que chez le sujet de la première observation, dont le délire n'avait existé que par intervalles. D'ailleurs chez l'un et chez l'autre, il y a la même absence de symptômes locaux du côté de l'abdomen; toutefois chez l'un et chez l'autre, la langue a perdu son état naturel. Mais c'est chez le second qu'elle est modifiée de la manière la plus grave. Sont-ce les deux petites taches rouges trouvées dans l'estomac qui rendront compte dans ce cas de la rougeur et de la sécheresse de la langue? Mais chez combien d'individus ne trouve-t-on pas dans la membrane muqueuse de l'estomac une injection plus forte et plus étendue, sans que la langue ait été altérée pendant la vie!

Voilà donc deux individus chez lesquels une lésion identique de l'intestin ne se révèle par d'autre symptôme local que par une modification de l'état de la langue, qui, chez tous deux,

n'est pas le même ; de plus, cette lésion intestinale, identique chez tous les deux, est accompagnée chez tous deux de symptômes généraux fort différents.

Du reste, l'intestin, examiné ici au sixième jour, présente la même altération que dans le cas précédent, où c'est le neuvième jour seulement qu'on en fit l'examen.

Ici encore, comme dans la première observation, nous pouvons constater la complète inefficacité des émissions sanguines, soit générales, soit locales. Je ne dis pas pour cela qu'il ne faille pas y avoir recours; je dis seulement que par elles on ne se rend pas toujours maître de la maladie, et qu'on ne l'enraie pas toujours dans sa marche. Ces cas, du reste, ne seraient pas les seuls de ce genre que je pourrais rapporter. En dehors des hôpitaux, je pourrais citer, en particulier, plusieurs exemples de jeunes gens qui, très-fortement saignés dès le début et pendant le cours de maladies semblables par leur nature à celle dont il vient d'être question, n'en ont pas moins succombé. Je ne rapporterai ici que les deux cas suivants, comme exemples de l'inefficacité fréquente des émissions sanguines, quelle que soit l'époque de la maladie à laquelle on les emploie.

Un élève en médecine, âgé de vingt-deux ans, à Paris depuis trois mois, demeurant rue des Fossés-Saint-Victor, dans une chambre vaste et bien aérée, avait beaucoup travaillé, s'était bien nourri, et n'avait fait aucun excès depuis son arrivée à Paris. Vers la fin du mois de janvier 1829, il fut pris d'un violent mal de tête qu'il essaya de combattre par un purgatif. Loin de diminuer après celui-ci, la céphalalgie augmenta et persista pendant trois jours sans aucun autre symptôme ; puis de la fièvre apparut, et en même temps l'intelligence se troubla. Deux saignées du bras furent pratiquées; aucune amélioration ne les suivit. Loin de là, l'intelligence se troubla de plus en plus; le pouls prit une fréquence extrême. Trente sangsues

furent placées au cou; leurs piqûres donnèrent une très-grande quantité de sang. Le lendemain de leur application, la face était pâle; les traits s'étaient affaissés d'une manière remarquable; le délire persistait plus fort que jamais; les tendons présentaient de fréquents soubresauts, et la langue, qui jusqu'alors n'avait été que blanche, s'était séchée. On applique alors de la glace sur la tête; tous les symptômes s'aggravent; les muscles sont le siége d'un tremblement continuel; la langue participe à ce tremblement, lorsque le malade essaie de la tirer hors de la bouche; le pouls devient filiforme, et le malade succombe.

Chez un autre élève en médecine, également âgé de vingt-deux ans, et qui n'habitait aussi Paris que depuis trois mois, logeant rue Saint-Dominique-d'Enfer, ayant eu toujours une conduite bien réglée sous tous les rapports, s'étant bien nourri, le premier dérangement de la santé se manifesta, comme chez le précédent, par une forte céphalalgie, qui, après avoir persisté trois jours, s'accompagna de fièvre. Une première saignée, pratiquée le jour même où la fièvre parut, ne fut suivie d'aucun amendement. Le lendemain, deuxième saignée; la céphalalgie ne cède pas; le pouls prend plus de fréquence; la langue est blanche et humide. On applique des sangsues à l'anus; aucun amendement n'a lieu. On pratique une saignée du pied; le mal de tête persiste, ainsi que la fièvre. On a recours alors à des applications froides sur le front. On frictionne les tempes avec de l'éther, on applique des sinapismes aux jambes. La céphalalgie disparaît, et le malade semble mieux. Mais le lendemain la fréquence du pouls augmente de nouveau, et l'on observe un léger trouble de l'intelligence. Les jours suivants, tous les symptômes d'une fièvre grave se déclarent; épistaxis répétés, sécheresse et noirceur de la langue; teinte plombée de la face; soubresauts de tendons; irrégularité de

l'action musculaire; ballonnement de l'abdomen; trouble de l'intelligence, d'abord intermittent, puis continu. Pouls très-fréquent et misérable; mort.

Voilà deux cas bien tranchés, où les émissions sanguines ont été également infructueuses, soit pour enlever les symptômes encore légers qui existaient au moment où elles furent pratiquées, soit pour prévenir le développement d'accidents plus graves.

IIIe OBSERVATION.

Symptômes de fièvre ataxo-adynamique. Mort le onzième jour. Tuméfaction des follicules de l'iléum et du cœcum. Injection des méninges et de la substance grise extérieure des hémisphères cérébraux. Rate volumineuse et molle.

Un perruquier, âgé de dix-huit ans, d'une constitution assez chétive, épuisé par des excès de femme et de table, ressentit, sans cause connue, le 3 septembre 1822, vers deux heures de l'après-midi, un frisson intense qui dura trois heures; de la chaleur lui succéda, puis une sueur abondante s'établit, et persista jusqu'au lendemain matin. Les quatre jours suivants, chaleur continuelle; sueur la nuit; céphalalgie; bouche mauvaise; anoxerie; diarrhée. Pendant tout ce temps, le malade garda le lit et ne but que de l'eau sucrée. Il entra à la Charité le 7 septembre; il vint à pied à l'hôpital; dans la nuit du 7 au 8 il délira un peu.

Le 8, céphalalgie moindre; face rouge; yeux brillants; langue sèche, à peine rouge; soif, anorexie, bouche mauvaise; ventre un peu ballonné, légèrement douloureux à la pression; selles aqueuses, précédées de coliques; pouls fréquent, un peu dur; peau chaude. (*Tisane d'orge gommée.*)

Dans la nuit du 8 au 9, le malade délira de nouveau;

dans la matinée du 9, le délire persistait; les yeux restaient fermés; la face était très-rouge; le pouls, de fréquence médiocre, avait perdu sa dureté. (*Saignée de deux palettes; sinapismes aux genoux.*)

Le 10, amélioration; intelligence plus nette; mais de temps en temps cependant les idées se troublaient encore; la langue était toujours un peu sèche, le ventre ballonné; deux selles liquides. (*Douze sangsues à l'anus; sinapismes aux jambes dans la soirée; orge.*)

Le délire revint dans la journée; la nuit, on fut obligé d'attacher le malade, qui voulait fuir de son lit.

Le 11, il était plongé dans un assoupissement profond dont on le tirait néanmoins assez facilement; il répondait aux questions, mais il ne savait où il était; il prononçait quelques paroles sans suite, puis ses yeux se fermaient de nouveau; le pouls, faible, avait acquis une grande fréquence; même état des fonctions digestives. (*Huit sangsues à l'anus; deux vésicatoires aux jambes dans la soirée; orge gommée.*)

Le 12, état comateux plus prononcé; quatre selles involontaires. (*Quatre sangsues derrière chaque oreille; embrocations d'huile de camomille camphrée sur le ventre, frictions aromatiques sur les membres; deux nouveaux vésicatoires aux cuisses, même tisane.*)

Les sangsues, prescrites au cou, furent appliquées à l'anus; dans la journée, le malade sortit de son état comateux, il s'agita beaucoup, pleura et poussa des cris. (*Même prescription, hors les vésicatoires.*)

Le 13, à peine approchait-on de son lit, qu'il pleurait et semblait se désespérer; il ne répondait plus; cependant il conservait encore assez d'intelligence pour montrer la langue lorsqu'on lui en faisait le signe. La langue était sèche,

un peu brune à son centre; il n'y avait pas eu de selle. (*Limonade minérale.*)

Le 14, coma profond, conjonctives injectées; face couverte d'une sueur froide et visqueuse; extrémités glacées; pouls filiforme, tellement fréquent qu'on ne pouvait en compter les battements; mort deux heures après la visite (du dixième au onzième jour de la maladie).

OUVERTURE DU CADAVRE

22 heures après la mort.

Crâne. L'arachnoïde de la convexité des hémisphères présentait une assez vive injection. Elle se déchirait avec la plus grande facilité; en cherchant à l'enlever, on détachait avec elle quelques portions superficielles des circonvolutions cérébrales. La surface même des hémisphères offrait une légère teinte rosée. Le tissu n'était sensiblement ni ramolli ni endurci. Les ventricules ne contenaient qu'une quantité à peine appréciable de sériosité. L'arachnoïde de la base n'était point injectée.

Thorax. Une assez grande quantité de sérosité sanguinolente engouait les deux poumons. Le cœur contenait du sang noir à moitié caillé.

Abdomen. La surface interne de l'estomac était pâle dans toute son étendue. Partout la muqueuse présentait l'épaisseur et la consistance qui constituent son état sain.

Le duodénum était blanc, ainsi que le jéjunum dans ses trois quarts supérieurs. Le quart inférieur présentait plusieurs plaques rouges, qui, réunies, auraient occupé environ huit à dix pouces de longueur. La blancheur reparaissait dans les deux tiers supérieurs de l'iléum. Dans son tiers inférieur, on voyait s'élever de sa surface interne des

élevures nombreuses, saillantes d'une à deux lignes au-dessus de la muqueuse; leur largeur variait depuis celle d'un grain de chenevis jusqu'à celle d'une grosse lentille; leur couleur était d'un blanc opaque. Au centre de trois ou quatre d'entre elles existait une perte légère de substance, égalant à peine le volume d'une tête d'épingle. Toutes avaient leur siége dans la muqueuse. Discrètes d'abord, elles devenaient confluentes près de la valvule illéo-cœcale; là où elles étaient discrètes, la muqueuse placée dans leurs intervalles avait conservé sa blancheur; plus bas cette membrane acquérait une teinte rosée.

Dans le cœcum et dans les colons transverse et ascendant l'on retrouvait encore ces élevures, mais beaucoup plus rares. On en comptait à peine quatre ou cinq dans un espace de six pouces en longueur. Cependant la membrane muqueuse était plus fortement injectée que celle de la fin de l'intestin grêle.

Le reste du colon et le rectum étaient blancs et sains.

La rate était remarquable par son énorme volume; son tissu était dense et noir.

Les canaux biliaires et la vésicule contenaient un liquide d'un gris sale tout-à-fait différent de la bile.

Cette maladie présente encore une autre physionomie que les précédentes. Des symptômes bien tranchés d'irritation intestinale en marquèrent le début; il n'y a plus ici constipation comme chez les sujets des observations précédentes; la diarrhée existe dès le commencement; elle succède au frisson initial, et apparaît en même temps que la fièvre. La sueur, qui dans les premiers jours se montra chaque nuit, est un phénomène assez rare dans les maladies du genre de celles

qui nous occupent. Cependant des symptômes plus graves ne tardent pas à survenir. L'intelligence se trouble d'abord par intervalles, puis d'une manière continue; on observe de remarquables alternatives d'agitation extrême et de coma profond; le ventre se ballonne; la langue se sèche et brunit. A l'ouverture du cadavre on retrouve les mêmes plaques exanthémateuses dans l'intestin grêle; quelques-unes présentent un très-léger commencement d'ulcération; mais on en retrouve aussi de considérables dans le cœcum, et cette dernière circonstance explique la diarrhée qui avait existé au début de la maladie. De plus, il y a ici en plusieurs points de l'intestin une rougeur de la muqueuse elle-même, qui manquait dans les deux observations précédentes. Dans ce cas, pas plus que dans les autres, l'état de la langue n'est expliqué par l'état de l'estomac. Dans ce cas enfin, on trouve dans le cerveau des traces de congestion qui n'existaient pas chez le sujet de la deuxième observation, bien que chez celui-ci les divers symptômes nerveux fussent encore plus prononcés.

Parmi les autres altérations que découvrit l'ouverture du cadavre, nous noterons, 1° l'aspect tout particulier de la bile; 2° le volume considérable et l'extrême mollesse de la rate. Nous ne retrouverons pas la même altération de la bile dans les observations suivantes; nous rencontrerons au contraire dans beaucoup d'entre elles un état de la rate semblable à celui que nous a présenté l'observation actuelle. Or cette extrême fréquence d'une même altération dans une même espèce de maladie n'en prouve-t-elle pas l'importance? Ne doit-elle pas au moins fixer beaucoup sur elle l'attention des observateurs?

Le traitement fut purement antiphlogistique; pendant les premiers jours boissons délayantes et diète; puis abondantes

émissions sanguines générales et locales; et enfin révulsifs. Cependant la maladie n'en continua pas moins sa marche. Employées dès le début, les saignées eussent-elles été plus utiles? on peut le croire, mais qui oserait l'affirmer, après avoir lu les observations qui précèdent celle-ci? Il y avait d'ailleurs chez cet individu des conditions spéciales d'innervation qui avaient préexisté à sa maladie (excès), et qui sans doute ne furent pas sans influence sur sa gravité. Cependant n'exagérons pas la part de cette influence; car aucune cause semblable n'avait existé chez l'individu qui fait le sujet de la deuxième observation, non plus que chez les deux élèves en médecine dont il est question dans les réflexions placées à la suite de cette observation, et cependant chez ces trois sujets d'assez graves désordres d'innervation se manifestèrent.

IVe OBSERVATION.

Symptômes de fièvre d'abord muqueuse, puis adynamique. Mort le seizième jour. Tuméfaction des follicules. Vers nombreux dans l'intestin.

Un garçon cordonnier, âgé de seize ans, d'une faible constitution, n'offrant encore aucun signe de puberté, n'habitait Paris que depuis neuf jours. Il venait de Lorraine, et avait fait la route en charrette découverte. Deux jours après son arrivée il se sentit de la céphalalgie et du mal de gorge. En même temps anorexie, fièvre; pas de mal de ventre, ni de dévoiement. Après être resté sept jours dans cet état, il entra à la Charité; il offrit alors l'état suivant :

Céphalalgie; face pâle; pupilles fortement dilatées, abattement; paresse dans les mouvements; langue blanchâtre; soif; dégoût profond pour toute espèce d'aliment; nausées fréquentes; léger mal de gorge; ventre bouffe et indolent; pas de selles depuis

six jours; fièvre très-modérée; respiration libre; poitrine sonore; douleur vive par la pression entre la quatrième et la cinquième côte en dehors du sein, dans l'étendue d'un ou deux pouces au plus; décubitus indifférent. (*Vingt sangsues à l'anus; tisane d'orge oximélée.*)

Le lendemain 28 février, prostration; deux selles liquides; même état du reste.

Le 1er mars, langue blanche; bouche très-mauvaise; haleine fétide; nausées; léger dévoiement; ventre bouffe; pouls à peine fébrile; peau sèche; face pâle, abattue; yeux appesantis; augmentation sensible de faiblesse générale. (*Dix grains d'ipécacuanha; deux vésicatoires aux jambes; embrocations d'huile de camomille camphrée sur le ventre.*)

Le malade vomit un peu de bile, et alla une fois à la selle dans les vingt-quatre heures.

Le 2 mars, la langue était aussi chargée, la bouche aussi mauvaise; la douleur du côté ne se faisait plus que très-légérement sentir par une forte pression. Mais le malade se décourageait; il avait eu du délire pendant la nuit; la prostration faisait des progrès; les traits de la face s'altéraient sensiblement; le ventre, très-gros, était douloureux à la pression; le pouls était devenu très-fréquent et se déprimait facilement; la peau était sèche et chaude. (*Six sangsues derrière les oreilles; embrocations d'huile d'amandes douces sur l'abdomen; fomentations émollientes; tisane d'orge édulcorée.*)

Beaucoup de sang s'écoula des piqûres des sangsues.

Une seconde selle eut lieu jusqu'au lendemain matin.

Dans la journée du 3, le malade commença à délirer; la nuit, il fut très-agité.

Dans la matinée du 4, la face, abattue et très-pâle, expri-

mait l'anxiété; le malade ne répondait qu'avec beaucoup de peine aux questions; les idées n'étaient lucides que par intervalles; il poussait des cris aigus dès qu'on pressait légèrement l'abdomen; la douleur paraissait alors assez vive pour qu'on pût soupçonner une péritonite; la langue était humide et jaunâtre; aucune selle n'avait eu lieu. (*Tisane de lin; lavements émollients; fomentations émollientes.*)

Cris et délire dans la nuit du 4 au 5. Le 5, le délire persistait; les traits se décomposaient; l'œil était terne, à moitié recouvert par la paupière supérieure. La pression de l'abdomen excitait des plaintes; le pouls était très-fréquent et faible; la peau chaude et aride; la langue conservait son humidité; le malade toussait beaucoup.

Le 6, même état; dilatation extrême des pupilles, qui se resserraient à peine par le contact de la lumière.

Le 7, face cadavéreuse; langue pour la première fois sèche et couverte d'un enduit brunâtre; les facultés intellectuelles paraissaient anéanties; le pouls était filiforme, d'une fréquence extrême, la peau moite pour la première fois; ventre souple; pas de selle; respiration accélérée; toux; râle sibilant en avant des deux côtés.

Mort dans la soirée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Rien de remarquable dans le cerveau ni dans ses enveloppes.

Fort engouement de la partie postérieure des deux poumons, surtout du droit; cœur vide de sang, ainsi que les artères.

Surface interne de l'estomac généralement blanche; injection peu considérable de la membrane muqueuse dans une petite étendue du grand cul-de-sac.

Assez vive rougeur de la muqueuse duodénale; rien de remarquable dans les trois quarts supérieurs de l'intestin grêle; soixante ascarides lombricoïdes dans le quart inférieur; dans cette portion existaient de nombreuses élevures, irrégulièrement arrondies ou ovalaires, blanches, saillant d'une à deux lignes au-dessus du niveau de la muqueuse, et dont le diamètre variait depuis celui d'une petite tête d'épingle jusqu'à celui d'une pièce de cinq francs. Elles étaient formées par la membrane muqueuse épaissie. Celui-ci était blanche autour d'elles; des vers tricocéphales existaient en grande quantité dans le gros intestin, qui était blanc; des points noirs agglomérés, tels que nous les avons précédemment décrits, parsemaient la muqueuse de l'appendice vermiculaire du cœcum.

Lorsque ce malade entra à la Charité, l'on n'observait chez lui qu'une faiblesse générale, une sorte de langueur de la plupart des fonctions. Il présentait assez bien cet ensemble de symptômes qui a été décrit sous le nom de fièvre muqueuse. Comme cause de cet état, l'on trouvait la fatigue d'un voyage long et pénible, et vraisemblablement l'usage de mauvais aliments. Au bout de quelques jours, et au milieu des progrès de l'affaiblissement général, le pouls, à peine fréquent jusqu'alors, s'accéléra; du délire se manifesta, par intervalles d'abord, puis d'une manière continue, et le malade succomba dans un état ataxo-adynamique. Dans le principe, des sangsues furent appliquées à l'anus. Les signes bien dessinés d'embarras gastrique furent combattus par un vomitif. Plus tard des vésicatoires furent appliqués aux jambes. On chercha à faire cesser le délire par les saignées dérivatives de la région mastoïdienne et du cou. Nous avons vu quelles lésions furent trouvées à l'ouverture du cadavre. Bien que l'estomac ne présentât qu'une in-

jection légère et peu étendue, la langue fut vers la fin sèche et noire.

Les vers peuvent-ils être considérés comme la cause productrice de la maladie à laquelle succomba ce malheureux enfant? Remarquons d'abord que nous avons maintes fois observé un état pareil chez des individus dont les intestins ne contenaient aucun ver. D'autres fois, au contraire, nous avons trouvé les intestins remplis d'une grande quantité d'ascarides lombricoïdes chez des malades qui ne nous avaient offert aucun des symptômes présentés par celui-ci.

Est-ce du moins à la présence des vers qu'il faut attribuer plusieurs des symptômes, tels que l'extrême dilatation des pupilles, qui persista depuis le moment de l'entrée du malade jusqu'à sa sa mort, la pâleur livide de la face et du pourtour des orbites, la fétidité de l'haleine, le développement de l'abdomen, son extrême sensibilité, surtout dans les derniers temps? Déjà d'ailleurs nous avons vu ce dernier phénomène apparaître dans plusieurs cas de fièvre grave sans qu'il existât de lésion qui en rendît compte. Les malades témoignaient la plus vive douleur, poussaient des cris dès qu'on pressait légérement le ventre; mais si nous exercions le même degré de pression sur d'autres parties du corps, telles que la poitrine ou les membres, ils ne la supportaient pas mieux. Cet endolorissement général n'est que le résultat d'une exaltation de la sensibilité; chez d'autres individus, au contraire, également atteints de fièvre ataxique, la sensibilité s'abolit au point qu'on peut tordre la peau, la pincer fortement, y enfoncer même des corps acérés, sans que les malades paraissent en ressentir de la douleur.

Est-ce encore aux vers que nous attribuerons le point pleurétique assez violent dont se plaignit le malade dans les premiers temps, et même la toux qui le tourmentait? Morgagni, *irrefragabilis auctor*, comme l'appelle Haller, a rapporté

l'histoire d'un jeune homme qui, atteint d'une toux violente et d'une vive douleur dans l'un des côtés de la poitrine, en fut délivré après qu'il eut vomi un ver lombric. Nous avons été témoins de deux cas dans lesquels la présence d'un tænia dans l'intestin avait coïncidé avec quelques accidents du côté de la poitrine, tels que douleurs des parois thoraciques, dyspnée, et toux sèche; ces accidents disparurent dès que le tænia eut été expulsé.

Au reste, il est peu de maladies, surtout chez les enfants, dont on n'ait cru pouvoir regarder les vers comme la cause. Klein a dit : *Nullum tam peregrinum est symptoma tanque* διαμωνιακὸν, *quod vermes excitare non possint.* On lit dans les auteurs de nombreux exemples de paralysies, d'états comateux, d'asthmes, de palpitations de cœur, de toux opiniâtres, d'épilepsies, de convulsions hystériques, dus à cette cause. Il n'est pas jusqu'au tétanos qui n'ait été considéré comme le résultat de la présence des vers dans le canal intestinal. Dès le temps d'Alexandre de Tralles, on disait que, lorsque les vers passaient de l'intestin grêle dans l'estomac, ils donnaient naissance à d'atroces cardialgies, à des syncopes, et qu'une mort subite en était quelquefois le résultat.

Il faut avouer que de pareilles observations deviennent d'autant plus rares que l'anatomie pathologique est plus généralement et plus soigneusement cultivée. Mais, tout en nous méfiant de la réalité de ces faits extraordinaires, gardons-nous d'en nier la possibilité. Une hémiplégie causée par les vers ne nous paraîtrait pas un phénomène plus incroyable que la paralysie consécutive à l'introduction des particules de plomb dans les voies digestives. Or rien n'est malheureusement plus réel et plus commun que cette dernière espèce de paralysie. Les symptômes causés par les vers doivent d'ailleurs beaucoup varier selon leur nature, leur nombre, leur vie plus ou moins

active, leur mobilité plus ou moins grande, leur contact plus ou moins immédiat avec la membrane muqueuse, leur situation dans telle ou telle partie du tube digestif, l'énergie des sympathies de l'individu, sa susceptibilité nerveuse, etc. Parmi les médecins, disait de Haen, les uns font jouer aux vers un rôle trop important dans la production des maladies, et les autres n'y font pas assez d'attention.

Chez notre malade, les portions de muqueuse en contact avec les vers étaient très-blanches. D'autres fois, nous avons trouvé ces animaux plongés au milieu d'un mucus sanguinolent, et la muqueuse fortement enflammée autour d'eux.

Ve OBSERVATION.

Symptômes de fièvre ataxo-adynamique. Mort vers le dix-huitième jour. Tuméfaction des follicules de l'intestin grêle. Follicules du colon plus apparents que de coutume. Rate volumineuse et molle. Pneumonie.

Un cocher de fiacre, âgé de vingt-cinq ans environ, fut apporté à l'hôpital dans un état de délire complet. Nous ne pûmes rien savoir sur son état antécédent, si ce n'est qu'il était malade depuis quinze jours. Les yeux étaient injectés, les joues rouges, les lèvres sèches, la langue un peu animée et humide. Il lâchait fréquemment sous lui. Pouls faible, fréquent; peau peu chaude; quelques soubresauts de tendons. (*Deux vésicatoires aux jambes; tisane d'orge gommée.*)

Le lendemain, 18 décembre, persistance du délire; langue sèche, couleur de crême brûlée; pouls très-fréquent et très-faible.

Le 19, pour la première fois, le malade répondait aux questions, bien que délirant encore. L'air de stupeur était très-prononcé; quelques pétéchies sur l'épigastre; respiration accélérée. (*Sinapismes.*)

Le 20, dernier degré de la prostration; face cadavéreuse; pouls filiforme, tellement fréquent que les battements ne peuvent en être comptés; langue sèche et noire, selles involontaires.

Mort dans la journée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Cerveau sain, ainsi que ses dépendances. Mélange d'engouement séro-sanguinolent et d'hépatisation rouge dans le lobe inférieur du poumon droit.

Injection légère du grand cul-de-sac de l'estomac; muqueuse d'épaisseur et de consistance ordinaire.

Blancheur parfaite des quatre cinquièmes supérieurs de l'intestin grêle. Dans le cinquième inférieur, élevures assez nombreuses, rouges, ovalaires, séparées par des intervalles où la muqueuse est blanche. Pas d'ulcérations.

Injection légère du cœcum. Dans le colon descendant, points noirs isolés existant au centre d'une légère saillie de la muqueuse (follicules).

Rate volumineuse et très-molle.

L'individu qui fait le sujet de cette observation est mort à une époque plus éloignée du début de la maladie que les sujets des observations précédentes; cependant ce sont encore les mêmes altérations que l'on retrouve dans l'intestin; aucune des plaques exanthémateuses qui le parsèment ne présente encore d'ulcération; nous avons déjà vu un cas où la maladie était moins ancienne, et où cependant la surface de ces plaques présentait déjà un léger commencement de solution de continuité. Nous verrons plus bas d'autres exemples

d'ulcérations plus considérables à une époque également moins avancée.

Nous voyons encore dans cette observation un exemple de délire sans lésion appréciable de l'encéphale, et une langue sèche et noire, avec un état de l'estomac, tel qu'on le rencontre dans une foule de cas où la langue ne s'est jamais éloignée de son état naturel. Pourquoi cette langue était-elle encore humide le jour de l'entrée du malade à l'hôpital? pourquoi dès le lendemain fut-elle trouvée si sèche?

Quel symptôme aurait pu faire soupçonner ici l'existence de l'hépatisation d'une partie du poumon droit? Un peu de gêne dans la respiration la veille de la mort, voilà tout ce qui fut observé du côté de la poitrine. Combien n'est-il donc pas nécessaire, en pareil cas, de pratiquer l'auscultation et la percussion, lors même qu'aucun signe ne nous porte à soupçonner l'existence d'une maladie de l'appareil respiratoire! Ici, du reste, quelle autre médication que celle qui fut suivie aurait-on opposée à cette pneumonie? l'ensemble des symptômes contre-indiquait toute émission sanguine, et les révulsifs qu'on avait appliqués eussent été aussi les seuls moyens qu'on eût pu opposer à l'affection pulmonaire.

VIe OBSERVATION.

Symptômes de fièvre ataxo-adynamique. Misère antécédente. Dérangement progressif de la santé. Mort du vingt-cinquième au trentième jour. Tuméfaction et rougeur des follicules intestinaux. Rougeur de la portion splénique de l'estomac et de la muqueuse de l'intestin grêle entre les follicules. Taches rouges à la surface interne de la vessie. Rate volumineuse et molle. Pneumonie.

Un homme de cinquante-cinq ans, maigre et d'une chétive constitution, avait joui jadis d'assez d'aisance; mais, plongé dans la

misère depuis quelques années, il ne vivait que d'une modique pension, qui était loin de pouvoir suffire à ses besoins. Il habitait une très-petite chambre près de fosses d'aisances infectes. Cependant il avait toujours joui d'une assez bonne santé, lorsque vers la fin du mois d'août il fut pris d'une assez violente angine, après avoir plongé dans l'eau froide ses pieds en moiteur. Des sangsues appliquées au cou hâtèrent la résolution de cette angine; mais depuis cette époque il resta dans un état valétudinaire. Il ressentit tour-à-tour de violents maux de tête, de fortes douleurs lombaires, et perdit l'appétit; ses forces diminuèrent. Enfin, le 12 septembre, il fut atteint de diarrhée: elle persista jusqu'au 18, époque de l'entrée du malade à l'hôpital. Pendant ce temps il n'eut pas plus de deux ou trois selles liquides toutes les vingt-quatre heures. Dans la matinée du 17, il présenta l'état suivant:

Affaissement des traits; prostration; langue sèche, brune à son centre; peu de soif; anorexie; ventre indolent; deux selles liquides depuis vingt-quatre heures; pouls fréquent et faible; peu de chaleur à la peau; un peu d'exaltation dans les idées.

Malgré l'aspect adydamique de la face et la couleur brune de la langue, quinze sangsues furent appliquées à l'anus. (*Lavement émollient, tisane d'orge édulcorée.*)

Le lendemain 18, la couleur noire du centre de la langue avait envahi toute l'étendue de la face supérieure de cet organe. L'état du malade était d'ailleurs resté le même. (*Orge, lavement émollient.*)

Aucune selle n'eut lieu jusqu'au lendemain matin 19; langue sèche et noire; prostration de plus en plus grande; pouls très-faible, fréquent; peau sans chaleur. Cependant, au milieu de l'adynamie générale, les idées conservaient toujours leur exaltation; le malade bavardait beaucoup; il était dans un état voisin du délire.

Il parut indiqué à M. Lerminier de dégorger le cerveau d'une part; et de l'autre, de relever les forces. Tel fut le but de la prescription suivante (*Quatre sangsues derrière chaque oreille, deux sinapismes, le soir, autour de chaque jambe; frictions d'alcool camphré sur les membres, lavement, avec une once de quinquina et un scrupule de camphre, eau d'orge avec un tiers de vin, limonade minérale.*)

Dans la journée, les idées reprirent leur lucidité; la nuit fut assez calme. Le 20, nous trouvâmes le malade dans un état à peu près semblable à celui de la veille. (*Même prescription, excepté les sangsues.*)

Il lâcha deux ou trois fois sous lui dans les vingt-quatre heures suivantes.

Le 21, même état d'exaltation de l'intelligence; persistance de la sécheresse et de la noirceur de la langue; le pouls était filiforme, la température de la peau ordinaire. (*Deux tasses d'infusion de quinquina, avec addition de sirop d'écorces d'oranges amères furent ajoutées à la prescription.*)

Les 22, 23 et 24, l'état du malade ne subit aucun changement sensible; les évacuations alvines, liquides, ne dépassèrent pas le nombre de deux ou trois en vingt-quatre heures; les mouvements étaient encore libres; le malade prenait de lui-même différentes positions dans son lit. Il se relevait de temps en temps sur son coude, et s'y tenait appuyé. Il était loin d'être encore dans un état désespéré. (*Le même traitement fut continué.*)

Le 26, la langue s'était humectée, et avait perdu en partie l'enduit noirâtre qui la recouvrait; aucun des autres symptômes ne s'était aggravé. Cependant le malade succomba le 27, à une heure du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE

32 heures après la mort.

Crâne. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien était infiltré d'un peu de sérosité.

Le cerveau était assez mou, non injecté, non plus que ses membranes. Deux cuillerées à café environ de sérosité limpide existaient dans chaque ventricule latéral. Rien de remarquable dans les autres parties de l'encéphale.

Thorax. Le poumon droit, adhérent aux côtes par d'anciennes brides celluleuses, était parfaitement sain ; il ne présentait pas même d'engouement. Il en était de même de la partie antérieure du poumon gauche ; mais en arrière, son tissu, d'un brun foncé, était engoué d'une très-grande quantité de sang ; il crépitait à peine, et se déchirait en pulpe lorsqu'on le pressait entre les doigts.

Le cœur, bien proportionné, contenait, dans ses cavités droites, un caillot fibrineux blanc, assez consistant, qui occupait à la fois le ventricule et l'oreillette. En pressant ce caillot entre les doigts, on en exprimait une grande quantité de sérosité, et on le transformait en une membrane albumineuse, mince. De semblables caillots existaient dans l'aorte, dont la surface interne était blanche.

Abdomen. L'estomac, un peu recouvert par le foie, était en rapport immédiat, dans le reste de la face antérieure, avec les parois abdominales ; sa surface interne était blanche dans la portion pylorique ; mais dans toute l'étendue de la portion splénique apparaissaient de nombreuses ramifications vasculaires, autour desquelles étaient agglomérés des petits points rouges. Groupés en plusieurs endroits en nombre considérable, ils y produisaient une couleur rouge uniforme.

Les ramifications vasculaires avaient leur siége dans le tissu lamineux, et les points rouges, dans la membrane muqueuse; de petits vaisseaux injectés les formaient. La membrane, assez épaisse, se détachait partout sans se déchirer. Il nous parut évident qu'une phlegmasie au premier degré existait dans les deux tiers environ de l'estomac.

L'intestin grêle, y compris le duodénum, présentait une couleur blanche, légèrement rosée par intervalles, jusque dans l'étendue d'un pied et demi au dessus du cœcum. Dans cet espace, la membrane muqueuse présentait une couleur rouge intense, et une épaisseur plus grande que dans son état ordinaire. En trois endroits existaient des élevures oblongues, rouges comme le reste de la membrane, ayant environ quatre lignes de long sur une ou deux de large. Elles se seraient vraisemblablement transformées en ulcérations, si l'individu eût vécu plus long-temps.

Immédiatement au dessous de la valvule iléo-cœcale, la surface interne de l'intestin changeait d'aspect. Au lieu d'une couleur rouge uniforme, l'on observait sur un fond blanc une foule de très-petites plaques rouges, véritablement miliaires, arrondies, oblongues ou sinueuses, et dont le milieu présentait une teinte blanche analogue à la couleur de la muqueuse dans l'intervalle des plaques. Cette altération existait depuis le cœcum jusqu'à l'*S* iliaque du colon. Le reste du gros intestin était blanc; des matières verdâtres, liquides, le remplissaient.

Le foie avait une dureté remarquable : trois petits calculs, dont deux miliaires, et le troisième du volume d'une noisette, étaient contenus dans la vésicule. La rate, très-volumineuse, se réduisait en une bouillie rougeâtre par la plus légère pression.

La vessie contenait une médiocre quantité d'urine : sa sur-

face interne était parsemée d'un grand nombre de taches d'un rouge vermeil, analogues à celles que nous avons quelquefois rencontrées dans l'estomac.

Il est impossible dans ce cas d'indiquer d'une manière précise l'époque du début de la lésion intestinale. Chez cet individu, placé dans des conditions qui le prédisposaient à une maladie grave, nous voyons d'abord la santé se déranger peu à peu; tour-à-tour des accidents surviennent du côté des voies de la déglutition, de la tête, des lombes, puis du tube digestif; enfin la lésion de cette dernière partie persiste, et devient prédominante.

Lorsque le malade entra à l'hôpital, il présentait déjà cet ensemble de symptômes qui, dans l'école de Pinel, caractérisent l'état adynamique, et bientôt du délire survint. Pendant les premiers jours, de simples émollients furent prescrits, l'état du malade ne fit qu'empirer; on essaya les toniques, ils ne fureut pas d'abord plus avantageux. Cependant, c'est une chose digne de remarque, que, deux jours après qu'on eut commencé à administrer le quinquina par la bouche, la langue commença à s'humecter et à se dépouiller de son enduit noir, et sous l'influence de ce médicament la diarrhée n'augmenta pas. Comment expliquer ce changement d'aspect de la langue à la suite de l'administration du quinquina, si l'on réfléchit à l'état de vive rougeur que l'estomac présenta sur le cadavre? Est-ce le médicament lui-même qui produisit la rougeur? L'état assez bon des forces, la liberté notable des mouvements, permettaient encore quelque espoir de guérison, lorsque tout-à-coup le malade succomba. Quel rôle joua l'affection du poumon dans la production des symp-

tômes et de la mort? On ne saurait le dire; mais toujours est-il qu'ici encore cette affection pulmonaire resta complètement latente et ne nous fut révélée qu'après la mort. L'état du poumon était fort remarquable; c'était une sorte de ramollissement pultacé plutôt qu'une véritable hépatisation.

Les mauvaises influences d'air et d'alimentation auxquelles cet individu avait été long-temps soumis avant de devenir malade, la misère qu'il avait éprouvée, pouvaient porter à penser que, chez lui, le premier mobile du dérangement de la santé avait été un sang mal réparé. C'était là un des cas où, *à priori*, l'on aurait pu admettre une altération du sang comme cause première des phénomènes morbides, et où l'on aurait pu s'attendre à le trouver, après la mort, différent de ce qu'il est dans l'état normal. Cependant il n'en fut point ainsi : si le sang était altéré, il ne l'était pas, du moins, d'une manière appréciable pour nos sens : rappelons-nous, en effet, ce caillot fibrineux de couleur et de consistance normales qui remplissait les cavités du cœur. Dans les maladies semblables à celles dont l'observation précédente retrace un exemple, et que, dans un langage purement symptomatique, on a appelées du nom de *fièvres graves* ou *typhoïdes*, le sang ne perd donc pas toujours, comme on l'a dit, la faculté de se coaguler après la mort, et l'on ne peut pas établir en principe qu'en pareil cas on le trouve liquide dans les vaisseaux. Dites, si vous voulez, que dans ces maladies l'altération du sang peut être admise, soit par l'étude des causes, soit par celle des symptômes; mais reconnaissez que, dans bien des cas au moins, c'est uniquement par le raisonnement et non par des preuves matérielles que vous êtes conduit à admettre cette altération. Plus bas, nous trouverons d'autres cas où le sang, examiné sur le cadavre, nous présentera dans ses propriétés physiques des modifica-

tions qui ne nous permettront pas de révoquer en doute son altération réelle.

VIIe OBSERVATION.

Symptômes de fièvre d'abord inflammatoire, puis ataxo-adynamique. Mort le trente-unième jour. Absence constante de dévoiement. Langue sèche seulement les deux derniers jours. D'abord émissions sanguines abondantes, puis traitement stimulant. Tuméfaction des follicules intestinaux; rougeur livide de la surface interne du cœcum et du colon. Rougeur et mollesse de la membrane muqueuse de l'estomac.

Un serrurier, âgé de vingt-quatre ans, était malade depuis dix jours lorsqu'il entra à la Charité; il avait éprouvé pendant ce temps de la céphalalgie, des lassitudes spontanées, une chaleur brûlante dans tout le corps. Lors de son entrée il avait une fièvre assez intense; la langue était animée, les selles dans un état naturel, le ventre souple et indolent. D'abord on ne lui donna que des tisanes adoucissantes. Le quatrième jour (8 octobre) douze sangsues furent appliquées à l'anus.

Le lendemain 9, céphalalgie moindre, nuit plus calme, fièvre moindre; langue blanchâtre, rouge seulement à la pointe; deux selles. (*Tisane d'orge.*)

Dans la nuit du 9 au 10, léger délire. Dans la matinée du 10, un peu d'affaissement; pouls comme rebondissant, de fréquence médiocre; langue couverte d'un enduit jaunâtre. (*Saignée du pied de trois palettes, tisane d'orge.*)

La nuit du 10 au 11 fut meilleure que la précédente. Le 11, les traits de la face étaient relevés, les idées plus nettes, la parole était plus libre. Mais une disposition inflammatoire semblait exister à la fois dans plusieurs organes : le malade toussait beaucoup, les yeux étaient rouges ainsi que les lèvres et la langue. La fièvre était peu intense; le pouls conser-

vait le même caractère, il semblait comme rebondir sous le doigt : une nouvelle saignée parut indiquée; deux palettes de sang furent tirées d'une des veines du bras; le sang se rassembla en un caillot mou, sans couenne. (*Bourrache miellée, tisane d'orge oxymélée.*)

Pendant le jour le malade retomba dans le même état d'affaissement que le 10. La nuit, ses idées se troublèrent de nouveau. Dans la matinée du 12 il répondait avec peine; sa voix était tremblante; un commencement de stupeur était empreint sur l'ensemble de sa physionomie. La langue était rouge sur les bords, blanche à son centre; ventre indolent; une selle; pouls de fréquence médiocre; persistance de la toux. Le cerveau semblait être l'organe spécialement lésé. (*Sinapismes aux extrémités inférieures.*)

Aucun changement n'eut lieu dans la journée; la nuit, il se déclara un violent hoquet, qui persistait encore dans la matinée du 13; même état d'ailleurs. (*Vésicatoire entre les épaules.*)

Le hoquet n'avait pas encore cessé le 14; le malade avait déliré la nuit; ses traits avaient une immobilité remarquable; ses yeux fuyaient la lumière. La langue, bien humectée, ne présentait qu'un peu de rougeur sur ses bords; l'abdomen commençait à se météoriser; aucune selle n'avait eu lieu. Le pouls, facilement déprimable, battait quatre-vingt-douze fois par minute; la température de la peau était à peu près ordinaire. La potion suivante fut prescrite à prendre par cuillerées.

Eau de tilleul.	3 *onces.*
Eau de menthe.	2 *onces.*
Teinture de musc.	1 *gros.*
Laudanum.	12 *gouttes.*
Sirop d'œillet.	1 *once.*

Après que la troisième cuillerée eut été prise, le hoquet disparut.

On donna dans la journée un lavement de camomille avec addition de douze grains de camphre. Le malade but de la limonade minérale et de l'eau rougie.

Le 15, le hoquet n'avait pas reparu. (*Même prescription.*)

Les trois jours suivants, l'état du malade resta stationnaire. (*Mêmes médicaments; fomentations d'huile de camomille camphrée sur le ventre.*)

Le 19, la potion fut remplacée par quatre bols de camphre et de nitre, contenant chacun six grains de camphre et six grains de nitre, à prendre de trois en trois heures. La langue présentait à peu près son aspect naturel; l'abdomen avait assez de souplesse; les selles étaient régulières; le pouls, facilement déprimable, battait de quatre-vingt-dix à quatre-vingt-quinze fois par minute : les traits ne se relevaient pas.

Le 20 et le 21, l'air de stupeur augmenta sensiblement, sans que les autres symptômes présentassent de changement. (*Infusion aqueuse de quinquina; limonade minérale; eau d'orge; lavement camphré; frictions aromatiques sur les membres.*)

Le 22, augmentation de la fréquence du pouls (cent quatre pulsations). Même état du reste. (*Même prescription.*)

Dans la nuit le malade eut, pour la première fois, une sueur abondante; mais cette sueur était bornée à la face, au thorax et aux membres supérieurs; elle était loin d'être critique; la fréquence du pouls était encore augmentée (cent vingt pulsations); la langue tendait à se sécher. (*Même prescription.*)

Le 24, décomposition des traits de la face; abattement profond; langue tout-à-fait sèche; cent quarante-deux battements artériels. (*Vésicatoires aux jambes.*)

Mort le 25 dans la matinée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Rien de remarquable dans le cerveau et dans ses enveloppes.

Poumons engoués à leur partie postérieure. Cœur flasque, vide de sang.

Abdomen. Des boissons et des gaz distendaient l'estomac. La membrane muqueuse dans la presque totalité de son étendue était rouge et molle; au-dessous d'elle existait une injection notable du tissu lamineux.

L'intestin grêle était pâle et sans lésion jusque dans l'étendue d'un demi-pied au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Dans ce dernier espace, la membrane muqueuse présentait de nombreuses élevures blanches et entourées d'un tissu également blanc. La surface de ces élevures était comme rugueuse, inégale; leur forme était oblongue; leur diamètre égalait celui d'une pièce de vingt sous. La membrane muqueuse prenait une couleur brune dans l'étendue de deux ou trois travers de doigt au plus au-dessus de la valvule. La surface interne du cœcum et du colon ascendant présentait une rougeur livide intense; le reste du gros intestin, rempli par des matières assez bien liées, était blanc.

Les autres viscères abdominaux étaient sains.

Cette maladie ressemble, par son début, à plusieurs de celles dont nous avons déjà rapporté l'histoire. On observe de la céphalalgie, du malaise général, de la fièvre, de l'anorexie, et rien autre chose du côté des voies digestives.

Combattus d'abord par de simples boissons délayantes, les

symptômes persistèrent; ils étaient ceux qui caractérisent la fièvre inflammatoire, telle que Pinel l'a décrite. Ils diminuèrent après une application de sangsues à l'anus; mais cet amendement ne fut que momentané. Le surlendemain de l'application des sangsues tous les symptômes reparurent avec une nouvelle intensité; le pouls en particulier présentait ce caractère spécial qui se lie souvent aux hémorrhagies, et qui paraît indiquer l'emploi des émissions sanguines. Une saignée du pied fut effectivement pratiquée, et un amendement la suivit aussi; les forces parurent surtout se relever. On pouvait donc raisonnablement penser qu'elles n'étaient qu'*opprimées;* et, comme plusieurs organes paraissaient être encore dans l'imminence de l'inflammation, on devait croire qu'une nouvelle saignée serait aussi utile que semblaient l'avoir été les deux précédentes. Une veine du bras fut donc ouverte, mais cette troisième émission sanguine n'eut pas le même résultat que les deux premières. Peu d'heures après qu'elle eut été pratiquée, les symptômes s'aggravèrent d'une manière effrayante, et nous vîmes presque instantanément une fièvre inflammatoire, qui paraissait peu grave, se changer en une fièvre ataxo-adynamique des mieux dessinées; le pouls change tout-à-coup de caractère; il devient petit, et ne résiste plus au doigt qui le presse. Un peu de météorisme survient; il n'y a, du reste, aucun autre accident appréciable du côté des voies digestives. C'est alors qu'une autre médication est employée. Du musc en teinture est administré dans le but spécial de combattre un hoquet qu'un vésicatoire n'avait pas fait cesser. Ce hoquet disparaît, en effet, peu de temps après qu'on a commencé à administrer cette substance, unie à un peu de laudanum. Divers stimulants, tels que camphre, nitrate de potasse, vin étendu d'eau, limonade sulfurique, sont alors donnés. Pendant quatre jours la maladie reste stationnaire. La langue présente un aspect

à peu près naturel; le ventre a toute sa souplesse; les selles sont régulières; mais le pouls garde sa fréquence. L'air de stupeur ne diminue pas d'abord, puis augmente. On a recours alors au quinquina donné en infusion. Le jour même où l'on commence à le faire prendre, la fréquence du pouls s'accroît d'une manière notable; le lendemain elle est encore plus considérable. La *langue se sèche* pour la première fois, et bientôt la malade succombe au milieu d'un état de prostration qui tout-à-coup était devenu extrême.

L'ouverture du cadavre nous montre dans les follicules intestinaux la même lésion que chez les sujets des observations précédentes. Elle nous montre de plus, dans une partie du gros intestin, une rougeur qui est ici d'autant plus remarquable, que l'individu n'avait jamais eu de diarrhée; enfin l'autopsie nous découvre un état morbide de l'estomac plus intense que dans aucune des précédentes observations. N'est-ce pas une chose remarquable que ce soit chez les deux premiers sujets qui aient pris du quinquina, que nous trouvions l'estomac plus malade que chez aucun des autres? Je serais porté à croire que la gastrite ne se forma que dans les derniers temps, et que c'est par elle que le malade succomba. Nous avons trouvé chez d'autres individus, qui avaient eu la langue sèche et noire, l'estomac sain et l'intestin grêle exanthémateux. Ici nous pouvons penser que l'époque à laquelle la langue commença à se sécher coïncida avec le développement de l'irritation gastrique. Mais pourquoi resta-t-elle dans un état à peu près naturel, tant qu'il n'y eut qu'exanthème de l'intestin? Il y a donc d'autres conditions qui, indépendamment de l'existence de cet exanthème, font singulièrement varier l'état de la langue. Ce sont ces mêmes conditions, que l'on peut supposer résider dans l'innervation, qui, avec une lésion semblable par sa nature, par son degré, par son siége, par son étendue, ont imprimé

une physionomie si différente aux maladies relatées dans les observations qui précèdent.

VIIIe OBSERVATION.

Diarrhée fébrile à l'époque de l'entrée. Amendement par la diète et les simples boissons délayantes. Tout-à-coup symptômes nerveux graves, et mort. Durée de la maladie indéterminée. Traitement par les émissions sanguines et les révulsifs. Tuméfaction des follicules intestinaux. Petites taches rouges dans l'estomac. Rate volumineuse et molle. Sang liquide.

Un homme de vingt-huit ans, récemment arrivé à Paris, entra à la Charité dans le courant du mois de novembre 1822, avec un léger dévoiement et très-peu de fièvre. La diète et les délayants avaient fait à peu près cesser l'un et l'autre, lorsque, sans cause connue, le malade tomba tout-à-coup dans le découragement le plus profond; dès lors persuasion intime que sa mort était prochaine et inévitable; pleurs, désespoir. Cependant le pouls n'avait pas acquis de fréquence. Cet état moral persiste pendant deux jours. On cherche vainement à prouver au malade que ses craintes sont sans fondement. Le troisième jour, 23 novembre, les idées commencent à se troubler; le pouls s'accélère. Le 24, la fièvre est intense; le dévoiement continue toujours un peu; la langue est animée, le trouble des idées plus considérable. Le 25, le délire est complet. A six heures du matin, nous trouvons le malade debout hors de son lit; il se recouche d'après nos remontrances, et, bien que répondant d'une manière assez nette à nos questions, il tient les propos les plus incohérents; son œil est hagard; le pouls est très-fréquent, la peau brûlante; une sueur abondante couvre la face; la langue conserve son humidité; sa pointe est rouge.

Le 26, le malade, couché sur le dos, l'œil fixe, l'air pensif, la face rouge et couverte de sueur, regarde d'un air dédaigneux les personnes qui lui adressent des questions, et ne leur répond pas. Si l'on insiste, ses sourcils se froncent, ses yeux expriment la colère, et il prononce d'une voix *forte* et courroucée quelques mots sans suite. Il se refuse à montrer sa langue. Les pulsations artérielles sont tellement fréquentes, qu'elles ne peuvent plus être comptées.

La mort eut lieu la nuit suivante.

A dater du 23 novembre, des sangsues furent plusieurs fois appliquées au cou et à l'anus; les jambes furent couvertes de vésicatoires; de simples délayants furent donnés à l'intérieur.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les muscles étaient bruns et poisseux.

Le cerveau et ses membranes ne présentèrent aucune lésion appréciable.

Engouement des poumons à leur partie postérieure.

Un assez grand nombre de veines gorgées de sang rampaient dans le tissu cellulaire subjacent à la membrane muqueuse de l'estomac. Celle-ci présentait, vers le grand cul-de-sac, quatre ou cinq plaques rouges, ayant chacune, terme moyen, la largeur d'un écu de trois livres; ailleurs, elle était blanche et saine.

L'intestin grêle était sain jusque dans l'étendue d'un pied au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Dans ce dernier espace existaient une foule d'élevures d'apparences diverses. Les unes, rouges, côniques, avaient à peu près le volume d'un pois; d'autres, semblables aux précédentes par leur forme et leur étendue, différaient par leur couleur blanche. D'autres, beaucoup plus considérables, arrondies ou oblongues, rouges ou

d'un blanc plus mat que le reste de la membrane, avaient un diamètre égal à celui d'une pièce de dix sous pour les plus petites, et d'une pièce de cinq francs pour les plus grandes. Dans leurs intervalles, la muqueuse était tantôt blanche, et tantôt rouge. Discrète d'abord, cette éruption devenait confluente près de la valvule. Immédiatement au-dessus de celle-ci, plusieurs élevures se réunissaient en une seule, de manière à former une large plaque, qui occupait à peu près tout le tour de l'intestin.

Le cœcum était assez vivement injecté; le reste du gros intestin était blanc; les ganglions mésentériques étaient rouges et engorgés.

La rate était remarquable par son volume et par l'extrême mollesse de son tissu.

Un sang noir liquide existait dans l'aorte, ainsi que dans le cœur, dont le tissu était pâle et flasque.

Cette maladie nous offre trois périodes. Dans la première, les voies digestives semblent être spécialement atteintes, et la fièvre qui existe paraît être purement symptomatique de l'irritation intestinale qui révèle la diarrhée. A cette période, la maladie ne présente rien de grave, il suffit de la diète et de quelques délayants pour diminuer le dévoiement et calmer le mouvement fébrile. Alors commence la seconde période, pendant laquelle on peut raisonnablement croire que le malade va entrer en convalescence. C'est alors que l'abattement moral dans lequel, sans cause connue, tombe tout-à-coup le malade, est le prélude d'un état de délire au milieu duquel il succombe. Du reste, cet abattement moral, loin d'être la cause des accidents nerveux, fut peut-être lui-même un des symptômes de

l'affection cérébrale. Celle-ci échappa d'ailleurs à toute investigation anatomique. Le cerveau, dont les fonctions avaient été si notablement troublées jusqu'à la mort, parut sain sous le scalpel. Que trouvâmes-nous pour expliquer de si graves désordres fonctionnels? Pas autre chose que quelques légères taches rouges dans l'estomac, et, comme dans tous les autres cas, un engorgement de quelques follicules intestinaux. Dans tout cela, où est la cause des symptômes? Très-vraisemblablement, comme tendent à le prouver surtout l'observation première déjà citée, et quelques autres qu'on va lire, au moment où le malade entra à l'hôpital, il portait déjà dans l'intestin la plupart des lésions qu'on y trouva après la mort: cependant il n'y avait alors aucun symptôme grave, et ceux qui existaient cédèrent aux moyens les plus simples. L'exanthème intestinal prit-il tout-à-coup un rapide degré d'accroissement, après avoir d'abord rétrogradé, ou du moins après être resté stationnaire? Que de questions à soulever, et que de doutes encore à éclaircir! Si dans ce cas il y a obscurité pour l'explication des symptômes, combien n'est-il pas encore plus difficile de se rendre compte de la mort! Le malade mourut, lorsqu'il était encore plein de vie, lorsque, peu de temps avant d'expirer, l'énergie de ses mouvements et la force de sa voix ne permettaient pas de prévenir une terminaison si promptement funeste.

Enfin quels rapports y a-t-il entre ces symptômes et cette mort, et l'état dans lequel furent trouvés sur le cadavre le sang et la rate?

IXe OBSERVATION.

Chagrins et fatigues antécédentes. Fièvre rémittente combattue par le quinquina. Disparition du frisson quotidien ; continuation du même médicament : symptômes ataxo-adynamiques. Mort vers le vingt-cinquième jour. Transformation des plaques folliculeuses en une masse dure semblable à une eschare. Infiltration lactescente des méninges. Cerveau pointillé. Ramollissement des poumons.

Un charpentier, âgé de vingt-six ans, d'une forte constitution, habitant un lieu humide, éprouva des chagrins et surtout beaucoup de fatigue au commencement de l'année 1820. Vers le 15 octobre de la même année, il fut pris, sans cause connue, de lassitudes spontanées, de douleurs dans les reins et les membres; il perdit l'appétit. Ces symptômes persistèrent les jours suivants. Il eut régulièrement des frissons tous les jours vers deux heures de l'après-midi; ils étaient remplacés par une forte chaleur, qui n'était pas suivie de sueurs. Cet homme consulta plusieurs médecins qui lui firent prendre un vomitif et deux purgatifs; ensuite il but une tisane amère. Il a une diarrhée abondante depuis le jour où il a pris un vomitif. Entré à la Charité le 1er novembre, on lui pratiqua sur-le-champ une saignée de deux palettes, et on appliqua vingt-quatre sangsues à l'anus.

Le 2 novembre, le sang tiré la veille était recouvert d'une couenne peu épaisse; le malade présenta l'état suivant: lassitudes générales, insomnie, tintements d'oreille, narines sèches, bouche amère, langue jaunâtre, tendant à la sécheresse sans rougeur; peu de soif, anorexie, abdomen souple, un peu douloureux à la pression; cinq selles très-liquides, respiration large et facile, parole brève, pouls plein et fréquent, peau

un peu moite. Les frissons quotidiens indiquaient l'existence d'une fièvre rémittente, qui fut combattue par une infusion aqueuse de quinquina édulcorée avec le sirop de coing. (*Bourrache, orge, sinapismes aux jambes.*)

Le frisson manqua complétement. Le lendemain matin, il y avait une amélioration sensible; le malade avait dormi, sa langue s'était humectée; pouls moins fréquent, douce chaleur de la peau, ventre souple et indolent, persistance de la diarrhée. (*Même prescription.*)

Cette amélioration ne fut que passagère, et le 4, les symptômes les plus graves existaient. Air de stupeur, prostration portée déjà à un très-haut degré; langue sèche et noire, soif vive, ventre indolent, deux selles seulement, pouls très-fréquent. (*Deux vésicatoires aux jambes, frictions sur les membres avec l'alcool camphré; mêmes boissons, et de plus, la limonade minérale et une tasse de vin.*)

Dans l'après-midi le malade commença à délirer; il tint, pendant toute la nuit, les propos les plus incohérents. Dans la matinée du 5, le délire persistait; les autres symptômes n'avaient pas changé. (*Quatre sangsues furent appliquées derrière chaque oreille, et deux vésicatoires furent placés aux cuisses.*)

Le 6, même état. (*Application de huit autres sangsues au cou.*)

Le 7, délire moindre, mais affaissement extrême; décomposition des traits, sensation d'une vive douleur aux lombes, soif ardente, langue noire, ventre ballonné, indolent, cinq à six selles rendues dans le lit; peau sèche et chaude, pouls très-fréquent, assez résistant. (*Même boissons; troisième application de sangsues au cou.*)

Le 8, la face exprimait l'abattement le plus profond; la respiration était très-accélérée, la langue visqueuse, moins sèche

que les jours précédents, le ventre ballonné, l'intelligence complètement perdue.

Mort le 9, à cinq heures du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE

30 heures après la mort.

Crâne. Une sérosité trouble, lactescente, existait en petite quantité dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la face supérieure des deux hémisphères cérébraux. La substance cérébrale, de consistance ordinaire, était piquetée de points rouges; un sang noir et liquide distendait fortement les sinus de la dure-mère; une cuillerée à café de sérosité limpide existait dans chacun des ventricules latéraux.

Thorax. Cœur fort, proportionné à la taille du sujet et au développement du système musculaire. Les deux poumons étaient d'un rouge livide à leur partie postérieure et à leur base; ils étaient engoués par une énorme quantité de sérosité rougeâtre; leur tissu était crépitant, mais d'une mollesse extrême; il se réduisait en une sorte de pulpe sous le doigt qui le pressait.

Abdomen. L'estomac était médiocrement distendu par un liquide brunâtre et par des gaz; sa surface interne était d'un blanc grisâtre dans toute son étendue, excepté le long de la petite courbure, où l'on observait deux ou trois bandes rouges, qui, sans affecter de forme régulière, se prolongeaient du cardia aux environs du pylore. En plaçant cette partie de l'estomac entre la lumière et l'œil, on apercevait distinctement une foule de vaisseaux qui se ramifiaient, et entre eux beaucoup de petits points rougeâtres qui semblaient formés par du sang épanché.

Examinés à l'intérieur, l'intestin grêle et le gros intestin pré-

sentaient un grand nombre de plaques d'un rouge vermeil, offrant, terme moyen, de deux à trois travers de doigt de longueur, sur un ou deux au plus de largeur. Ces plaques étaient formées par des vaisseaux ramifiés, autour desquels existaient des points rouges; elles avaient leur siége dans le tissu cellulaire qui unit la membrane péritonéale à la musculaire; la portion de muqueuse qui leur correspondait n'était point altérée.

Examiné à l'intérieur, l'intestin grêle était sain dans les quatre cinquièmes supérieurs. Le cinquième inférieur, dur et comme bosselé au dehors, présentait en dedans de nombreuses élevures, de forme ovale ou irrégulièrement circulaire, couvertes d'une sorte de *détritus* d'un gris jaunâtre, qu'on enlevait en râclant avec le scalpel. Au-dessous de ce détritus l'on trouvait un tissu dur, d'un rouge violacé, paraissant formé par le tissu cellulaire sous-muqueux considérablement épaissi. Parmi ces élevures, les plus étendues avaient jusqu'à trois et quatre pouces de diamètre en tous sens; les plus petites avaient à peine deux à trois lignes. Dans les intervalles qu'elles laissaient entre elles, la muqueuse était fortement injectée. Près de la valvule iléo-cœcale, et sur cette valvule même, elles étaient tellement rapprochées, qu'elles ne formaient plus qu'une seule masse bosselée et rugueuse, d'un gris jaunâtre. Cette altération finissait brusquement à l'entrée du cœcum. La surface interne de ce dernier intestin était très-rouge, ainsi que celle du colon ascendant. Ces deux intestins étaient remplis par un mucus rougeâtre, comme sanguinolent; la muqueuse du reste du gros intestin était très-blanche.

L'altération des follicules intestinaux diffère ici de l'altération qu'ils nous ont présentée dans les observations précéden-

tes; ce n'est plus une simple tuméfaction des plaques qu'on observe; c'est leur transformation en eschares. Si l'individu eût vécu plus long-temps, ces eschares se seraient détachées, et des ulcérations les auraient remplacées. Voilà une des formes morbides que présentent les plaques de Peyer avant de s'ulcérer; la guérison n'aurait pu s'opérer sans que préalablement leur ulcération n'eût lieu. Ici la couche folliculeuse n'est plus distincte; à sa place on ne trouve plus qu'une masse dure, jaunâtre, que le scalpel enlève comme une sorte de détritus. Dans les observations suivantes, nous verrons cette couche, déjà si altérée, revêtir de plus en plus tous les caractères d'une véritable eschare, se séparer par lambeaux des tissus subjacents, et laisser à sa place des ulcérations de grandeur variable. Cette observation nous offre donc un exemple du passage du premier degré de la dothinentérite à son second degré : nul doute que si l'individu eût vécu plus long-temps on n'eût trouvé des ulcérations dans son intestin.

Que si maintenant nous recherchons quels symptômes ont coïncidé avec cet état de l'intestin, nous trouverons que ces symptômes sont semblables à ceux que nous ont déjà offerts d'autres individus chez lesquels la dothinentérite n'avait pas dépassé le premier degré.

Du reste, sous le rapport des symptômes, la maladie qui fait le sujet de l'observation actuelle présente trois périodes à étudier. Dans la première, on ne voit autre chose que ces symptômes généraux qui peuvent précéder un grand nombre de maladies, quel que soit le siége ultérieur de celle-ci, mais qui toutefois sont plus souvent le prodrome des entérites folliculeuses. La seconde période est marquée par l'existence d'une fièvre rémittente, qui devient simplement continue, à la suite de l'administration du quinquina. Ces accès, qui revénaient ainsi chaque jour, mais qui, commençant par du frisson, ne se

terminaient jamais par la sueur, étaient-ils liés à l'exanthème intestinal? n'étaient-ils qu'un épiphénomène? Nous ne déciderons pas ces questions; mais sous le rapport pratique, nous ferons remarquer que si le quinquina empêcha le retour du frisson, et s'il eut ainsi une action marquée comme anti-périodique, si même le lendemain du jour où il fut donné pour la première fois, il y eut une amélioration sensible, si en particulier nous trouvâmes la langue humide, son administration, continuée les jours suivants, fut suivie d'une prostration considérable et des symptômes nerveux les plus graves, que ne dissipèrent pas quelques sangsues appliquées au cou et derrière les oreilles. Ces symptômes nerveux se trouvèrent liés dans ce cas particulier à un état morbide des méninges; comme dans d'autres observations déjà citées, nous trouvâmes la muqueuse gastrique injectée, pointillée, chez un individu qui, pendant plusieurs jours, avait pris diverses boissons stimulantes. (*Quinquina, vin, limonade sulfurique.*)

§ II. OBSERVATIONS SUR L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE A LA PÉRIODE D'ULCÉRATION.

Dans les observations qu'on vient de lire, nous avons vu coïncider, avec les symptômes des différentes fièvres continues, une lésion intestinale toujours identique. Chez les individus morts vers le sixième jour comme chez ceux morts après le trentième, nous avons rencontré cette lésion toujours semblable à elle-même. C'étaient toujours des follicules devenus plus saillants à la surface de la muqueuse, mais dont la texture était facilement reconnaissable. Dans les observations qui vont suivre, nous trouverons autre chose : la couche folliculeuse, soit après s'être transformée en une masse dure, grise ou brune, semblable à une eschare, soit sans

avojr subi cette transformation, et sans s'être gangrénée, disparaîtra, et à sa place nous trouverons des ulcérations très-variables par leur étendue, mais peu variables par leur forme et par leur siége. Souvent aussi nous trouverons d'autres ulcérations occupant la place d'un certain nombre de follicules isolés, dont nous pourrons suivre la destruction du sommet à la base. En lisant ces différents cas, nous nous convaincrons d'ailleurs bientôt que le passage de la maladie folliculeuse à l'état d'ulcération n'arrive point à une époque qui soit toujours la même. Ainsi, comme nous l'avons déjà vu, il est des cas où, après plus de trente jours de durée, aucune plaque folliculeuse ne s'est encore ulcérée; il est, au contraire, d'autres cas où, très-peu de jours après qu'elles ont commencé à se développer, elles viennent à s'ulcérer. Commençons par citer un cas de ce dernier genre dans lequel sur une plaque exanthémateuse on ne trouva qu'une seule ulcération très-peu large, qui, en s'étendant en profondeur, produisit une perforation mortelle. Cette observation doit être rapprochée de l'observation première, où une pneumonie intercurrente donna lieu aussi à une mort prématurée. Toutes deux nous semblent importantes en ce qu'elles montrent qu'à une époque peu avancée des fièvres, et lorsqu'il n'existe encore que des symptômes fort benins, il y a dans l'intestin la même lésion que celle qu'on y découvre dans des cas infiniment plus graves (1).

---

(1) Le même fait sera encore démontré par l'observation onzième et par quelques autres qui suivent.

Xe OBSERVATION.

Fièvre continue légère. Enduit jaune de la langue; constipation d'abord, puis diarrhée légère. Tuméfaction des follicules : une seule ulcération sur l'une des plaques, terminée par la perforation de l'intestin. Mort par péritonite le treizième jour de la fièvre. Communication entre le tube digestif et la cavité péritonéale. Tubercules pulmonaires.

Un brossier, âgé de dix-sept ans et demi, tempérament lymphatico-sanguin, avait toujours joui d'une très-bonne santé. Le 13 octobre 1822, à sept heures du soir, il ressentit, sans cause connue, des étourdissements et un malaise général. Toute la nuit il éprouva une chaleur brûlante. Le lendemain 14, même état; anorexie, une seule selle, sueur abondante la nuit. Le 15 il entra à la Charité. Il sua encore dans la nuit du 15 au 16. A la visite du 16, il présenta l'état suivant :

Face rouge, yeux brillants, brisement des membres, langue couverte d'un enduit jaunâtre épais, lèvres rouges, bouche mauvaise, anorexie, peu de soif, ventre souple et indolent : pas de selle depuis vingt-quatre heures, pouls fréquent assez développé, peau moite. (*Tisane d'orge gommée, lavement de guimauve.*)

Le malade n'alla qu'une fois à la selle jusqu'au lendemain matin.

Le 17, six grains d'ipécacuanha furent administrés : le malade vomit à deux reprises une assez grande quantité de bile; il n'alla point à la selle. La nuit, il dormit bien; il se réveilla un peu en moiteur.

Le lendemain matin 18, l'enduit jaunâtre de la langue avait disparu; elle était d'une belle couleur vermeille; le mauvais goût de la bouche n'existait plus. Le pouls était peu fréquent, la température de la peau à peu près ordinaire.

Du 19 au 23, un léger mouvement fébrile persista : anorexie, même état de la langue. Une selle chaque jour après le lavement. (*Tisanes adoucissantes, deux bouillons chaque vingt-quatre heures.*)

Le 23, la langue avait rougi, la fréquence du pouls avait considérablement augmenté, la peau était brûlante, l'abdomen était douloureux à la pression. Deux selles liquides avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures. Cette récrudescence des symptômes fut combattue par l'application de huit sangsues à l'anus. (*Tisane d'orge, diète.*)

Dans la journée, les douleurs abdominales prirent une intensité effrayante. Le malade commença à vomir pendant la nuit une grande quantité de bile verte, porracée.

Dans la matinée du 24, nous le trouvâmes couché sur le côté droit, l'œil éteint, la face pâle, cadavéreuse. La pression la plus légère exercée sur l'abdomen, le moindre mouvement, provoquaient les plus vives douleurs. Des nausées continuelles tourmentaient le malade, et étaient suivies de temps en temps de l'expulsion de quelques gorgées de bile. La respiration, haute, accélérée, ne s'exécutait que par le soulèvement des côtes; le pouls était très-fréquent, misérable ; la peau sans chaleur.

L'existence d'une péritonite n'était pas douteuse. M. Lerminier présuma que la cause pouvait en être placée dans une perforation intestinale. (*Quarante sangsues sur l'abdomen, fomentations huileuses, sinapismes mitigés aux jambes dans la soirée, tisane de lin.*)

Les vomissements continuèrent à avoir lieu toute la journée.

Le 25, à huit heures du matin, l'abdomen était moins sensible, mais il était plus développé, rénitent. Percuté, il rendait partout un son mat; on n'y sentait pas de fluctuation. Les membres étaient froids, le pouls filiforme. Cepen-

dant l'œil avait encore une expression assez naturelle. L'intelligence était nette, la parole libre. (*Vésicatoires aux cuisses.*)

Mort à cinq heures du soir.

OUVERTURE DU CADAVRE

15 heures après la mort.

Des flocons albumineux, étendus en fausses membranes, unissaient entre elles les anses de l'intestin grêle. Une sérosité trouble, lactescente, très-fétide, était épanchée dans les deux flancs et dans l'excavation du petit bassin. Au-dessous des flocons albumineux le péritoine était vivement injecté.

La membrane muqueuse de l'estomac était partout blanche et saine; une égale blancheur régnait dans toute l'étendue de l'intestin grêle; mais dans l'espace d'un pied environ au-dessus de la valvule iléo-cœcale, existaient cinq à six élevures ovalaires, blanches, ainsi que la muqueuse qui les entourait. Le centre de l'une d'elles était ulcéré; le fond de cette ulcération, formé par la membrane séreuse, présentait à son centre une perforation arrondie, d'une ligne et demie à deux lignes de diamètre. Autour de ces élevures la membrane muqueuse était parsemée de plusieurs petites pustules blanches, miliaires, et faisant à peine saillie au-dessus de sa surface.

Le gros intestin était parfaitement sain, ainsi que les autres viscères.

Une masse tuberculeuse, de la grosseur d'une petite noix, existait au sommet du poumon droit.

La principale circonstance qui rende cette observation digne

d'intérêt, c'est l'existence d'une entérite folliculeuse très-bien caractérisée chez un individu qui, jusqu'à l'époque de l'invasion de la péritonite, présenta seulement les symptômes d'une fièvre continue fort bénigne en apparence. C'était, par les symptômes, *une fièvre bilieuse peu intense;* l'abdomen était souple, indolent dans tous ses points. La langue, sans rougeur, présentait un enduit épais, qui disparut à la suite de l'administration d'un doux vomitif. Après que celui-ci eut été donné, les symptômes dits d'embarras gastrique disparurent; mais il resta un peu de fièvre, et bientôt une légère diarrhée succéda à la constipation qui existait depuis le commencement de la maladie. Ce fut du dixième au onzième jour qu'apparut ce flux du ventre. Son invasion marqua-t-elle le moment où l'une des plaques exanthémateuses commença à s'ulcérer? Presque en même temps survint la péritonite dont l'ouverture du cadavre montra la cause dans une ulcération intestinale qui, par son extension en profondeur, avait déterminé la perforation des parois de l'iléum.

Ainsi, dans ce cas, pour expliquer l'ensemble des symptômes observés pendant la vie, avant l'invasion de la péritonite, on trouve une maladie des follicules; ils sont tuméfiés sans être rouges, et l'une des plaques qu'ils constituent par leur assemblage est déjà ulcérée. Nous ne trouverons pas des lésions plus intenses dans d'autres observations, qui nous présenteront cependant des symptômes bien autrement graves. D'une autre part, nous avons déjà vu, dans l'observation première, un cas où les symptômes sont à peu près semblables à ceux que nous a offerts le sujet de l'observation actuelle, et chez lequel, pour expliquer ces symptômes, qui étaient ceux d'une fièvre bilieuse assez légère, nous retrouvâmes encore la même lésion des follicules intestinaux. Ce n'est donc pas seulement dans les fièvres graves qu'existe cette lésion.

Notons, dans ce cas, la coïncidence de l'état sain de l'estomac avec une couleur rouge de la langue, et rappelons-nous qu'au moins chez cet individu les vomissements, qui furent provoqués, n'eurent pas pour effet de remplacer les signes d'embarras gastrique par ceux d'une gastrite plus intense. A la suite du vomitif la langue reprit un aspect naturel, et ce ne fut que plus tard qu'elle rougit, à l'époque où apparut la diarrhée.

Faisons enfin remarquer l'existence de quelques tubercules au sommet du poumon, chez un individu qui, examiné attentivement pendant tout le cours de sa maladie, ne nous présenta aucun symptôme qui pût nous porter à soupçonner une pareille lésion; il avait de l'embonpoint, sa respiration paraissait libre, et il ne toussait pas.

XIe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Symptômes de fièvre bilieuse peu grave. Pas d'amélioration à la suite d'un vomitif. Épistaxis suivie d'un amendement notable. Espoir d'une convalescence prochaine ; mort subite le quatorzième jour. Quelques ulcérations vers la fin de l'intestin grêle. Tubercules pulmonaires.

Un tailleur, âgé de dix-neuf ans, à Paris depuis six semaines, ressent, le 8 décembre, sans cause connue, un violent frisson, suivi d'une forte chaleur sans sueur. Les jours suivants il éprouve une chaleur continuelle, de la céphalalgie, un grand abattement physique et moral; il a du dégoût pour les aliments et ne va pas à la selle. Entré à la Charité le 25, il présenta tous les caractères d'une fièvre dite bilieuse (*deux grains d'émetique furent administrés*). Le malade ne vomit pas, et alla plusieurs fois à la selle. Dans la nuit il sua abondamment. Cependant, le lendemain 26, la fièvre persistait; la langue était

rouge. Jusqu'au 31, l'état du malade resta à peu près le même. Il avait du dévoiement; il suait chaque nuit; il ne prit que des tisanes adoucissantes. Dans la nuit du 30 au 31 (quatorzième jour), il eut une épistaxis abondante, et en même temps tous les autres symptômes s'amendèrent. Cette hémorrhagie pouvait être raisonnablement regardée comme un mouvement critique. Dans la journée le malade se trouva assez bien; la fièvre était très-modérée. Vers midi il se leva pour aller à la selle; à peine était-il remonté dans son lit, qu'il cessa tout-à-coup de respirer et de vivre.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le cadavre, ouvert le lendemain, ne nous présenta aucune lésion qui pût rendre raison d'une mort aussi prompte. Le cerveau et la moelle épinière, attentivement examinés, furent trouvés dans leur état naturel; le cœur avait les proportions qui constituent son état physiologique, un peu de sang noir liquide remplissait ses cavités; l'aorte et les autres gros vaisseaux étaient sains; les poumons, parfaitement crépitants, présentaient à peine un léger engouement à leur partie postérieure; le sommet du poumon droit contenait cinq ou six gros tubercules crus sans hépatisation autour d'eux. Aucun corps étranger n'existait dans le larynx ni la trachée.

La face interne de l'estomac était dans toute son étendue d'un blanc légèrement rosé. Détachée des tissus subjacents, la muqueuse était d'épaisseur et de consistance naturelles.

Dans l'étendue de quelques travers de doigt au-dessus du cœcum, la muqueuse de l'intestin grêle présentait sept ou huit petites ulcérations avec légère rougeur autour d'elles; le cœcum était rouge, le reste du gros intestin était blanc.

Cette observation est la troisième dans laquelle nous pouvons constater l'état du tube digestif chez un individu qui n'avait présenté autre chose que des symptômes d'une fièvre continue légère (bilieuse inflammatoire des auteurs), sans complication d'adynamie ou d'ataxie. Voilà donc trois cas où les symptômes de cette fièvre coïncident avec une même espèce de lésion intestinale, lésion qui est seulement, dans ces trois cas, à différents degrés : c'est un simple exanthème chez le sujet de l'observation première, mort le sixième jour; c'est un exanthème avec commencement d'ulcération chez le sujet de l'observation neuvième, mort le treizième jour. Ce ne sont plus que des ulcérations chez le sujet de l'observation actuelle, mort du quatorze au quinzième jour. Mais ce qu'il y a de plus remarquable chez ce dernier, c'est que, malgré la présence des ulcérations, il y avait depuis deux jours une tendance notable vers un état meilleur. Comme chez le sujet de l'observation neuvième, l'estomac était sain. Comme chez lui, un vomitif fut administré; mais cette médication n'eut ici aucun effet avantageux.

Quelle fut maintenant la cause de la mort subite, imprévue, de ce malade? L'anatomie resta impuissante pour répondre à cette question.

Parmi les cas de mort subite, que ne peut expliquer aucune lésion appréciable, le suivant nous paraît être un des plus remarquables.

Un garçon de quatre à cinq ans, entré à l'hôpital des Enfants, ayant la teigne depuis quelques mois, fut atteint d'un catarrhe pulmonaire et de diarrhée. Cette double maladie céda en peu de temps aux moyens adoucissants.

L'enfant toussait encore un peu, il n'avait plus de dévoiement; il se levait et se promenait chaque jour. Le 23 août 1821, il était gai comme à l'ordinaire; il se lève, va à la selle,

puis se place sur une chaise, disant qu'il va dormir. On croit qu'il dort en effet. Sept à huit minutes après il avait cessé de vivre.

On ne trouva aucune lésion appréciable dans le cerveau et ses dépendances; les poumons, d'un blanc grisâtre et parfaitement crépitants, n'étaient pas même engoués à leur partie postérieure: le cœur était intact, ainsi que les gros vaisseaux qui en partent ou qui s'y rendent; il ne contenait point de concrétion polypeuse. Le larynx et la trachée étaient sains. La surface interne de l'estomac présentait une couleur blanche, légèrement rosée, avec quelques petites plaques rouges d'espace en espace; le reste du canal digestif était généralement blanc, injecté par intervalles; les autres organes étaient sains.

Le cœur, dans les cas de ce genre, cesse-t-il tout-à-coup de battre? la mort n'est-elle alors qu'une syncope prolongée? Les fonctions du cerveau se suspendent-elles primitivement et tout-à-coup? Ainsi meurent instantanément les individus frappés d'une forte comotion électrique, les animaux empoisonnés par l'acide hydrocyanique, etc.

Quoi qu'il en soit, les observations de ce genre doivent nous rendre bien circonspects pour prononcer si telle lésion observée dans un cadavre doit être réellement considérée comme la cause de la maladie et de la mort. D'un autre côté, l'ouverture des corps découvre quelquefois dans les organes les plus importants à la vie des altérations considérables qu'aucun symptômes n'avait annoncées. Combien n'est pas difficile la tâche de celui qui cherche à soulever un coin du voile dont la nature enveloppe ses œuvres, soit qu'elle tende à créer, à conserver ou à détruire! *Homunciones nos! observata colligimus, legesque condimus ex iisdem, dùm interim nos sæpe in observatis vel unicum lateat, ex quo vera rerum dependeat notities.* (DE HAEN.)

Portons maintenant notre attention sur la phthisie pulmonaire, dont le malade portait le germe, et qui n'avait encore révélé son existence par aucune espèce de symptôme. Les tubercules que contenait le sommet du poumon gauche auraient pu rester stationnaires pendant de longues années, et ne pas empêcher celui qui les portait d'atteindre la durée moyenne de la vie; mais chez les individus qui sont dans ce cas, la moindre irritation portée sur les poumons a les suites les plus fâcheuses; elle contribue singulièrement à augmenter la diathèse tuberculeuse et à hâter le ramollissement de tubercules qui existent déjà. Tel est le premier degré de la phthisie de Bayle. La nécropsie le découvre chez les individus qui ont eu à peine quelque léger rhume pendant le cours de la vie. C'est surtout d'après ces faits que Bayle a établi que les tubercules pulmonaires n'étaient pas un produit de l'inflammation, dans le sens ordinaire que l'on attache à ce mot. Ceux qui soutiennent la doctrine contraire sont cependant obligés d'admettre une disposition particulière à la tuberculisation dans les individus chez lesquels le développement des tubercules a succédé à une phlegmasie des bronches ou du tissu même du poumon. Mais cette sorte d'idiosyncrasie n'a-t-elle pas beaucoup de rapport avec le germe inné de la phthisie, que Bayle admettait, et qui lui a été si vivement reproché?

XIIe OBSERVATION.

Trouble de l'intelligence sans autre symptôme grave. Langue sèche de temps en temps. Conservation des forces. Mort inopinée. Ulcération dans l'intestin grêle.

Un Allemand, âgé de cinquante-six ans, entra à l'hôpital le 29 novembre. Il ne put nous donner aucun renseignement sur

son état antécédent. Il levait continuellement les yeux vers le ciel, en croisant ses mains sur sa poitrine; il semblait entièrement absorbé par les sentiments d'une piété exaltée. Sa face était pâle et maigre; ses forces paraissaient bien conservées; sa langue était sèche et pâle. Il allait à la selle comme en santé. La peau était chaude, le pouls était fréquent et dur; la respiration paraissait entièrement naturelle; la poitrine, percutée, résonnait bien partout.

L'engourdissement très-marqué des facultés intellectuelles de ce malade, l'espèce d'extase dans laquelle il était plongé, pouvaient être regardés comme le prélude d'une fièvre ataxique. L'indication à remplir semblait être surtout de dégager le cerveau. (*Vingt sangsues à l'anus; tisane d'orge; lavement émollient.*)

Le lendemain 31, l'état du malade n'avait pas subi de changement. Les jours suivants, la fièvre persista; les facultés intellectuelles étaient à peu près anéanties; la langue, pâle, était alternativement humide et sèche; les forces se conservaient. Le 8 décembre, l'état d'extase était plus prononcé que jamais, les réponses lentes et embarrassées. (*Saignée de deux palettes.*) Elle n'eut pas un résultat plus avantageux que la première; l'état du malade avait même empiré le lendemain matin. Sa langue était brune; il avait un délire fugace et beaucoup de fièvre; il toussait un peu. La persistance de la force du pouls parut être liée à un état d'hypertrophie des parois du ventricule gauche. Le stéthoscope, en effet, appliqué à la région précordiale, était un peu repoussé; à la main on ne sentait rien d'insolite dans les battements du cœur. Cependant le malade pouvait encore se placer sur son séant facilement et avec agilité; nous le vîmes manger avec appétit deux petits biscuits. Pendant la journée son état resta le même; à notre grand étonnement, il mourut pendant la nuit.

OUVERTURE DU CADAVRE

28 heures après la mort.

Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien était infiltré d'une assez grande quantité de sérosité limpide et incolore; le cerveau lui-même était sain.

Les parois du ventricule gauche du cœur étaient, comme on l'avait annoncé, assez fortement hypertrophiées; sa cavité était rétrécie. D'anciennes adhérences celluleuses se remarquaient dans les deux plèvres. La base du poumon droit était d'un rouge grisâtre; son tissu, non crépitant, se réduisait en pulpe sous le doigt; partout ailleurs les poumons, d'un gris fauve, crépitaient très-bien; une énorme quantité de sérosité spumeuse et incolore s'en écoulait par l'incision.

L'estomac était dilaté; sa face interne présentait, dans le grand cul-de-sac et le long de la face antérieure, jusque près du pylore, une couleur brune avec mélange de petites taches noires : cette couleur et ces taches existaient dans la muqueuse ramollis; ailleurs elle était blanche et de consistance ordinaire.

La face interne de l'intestin grêle était très-blanche jusque près du cœcum; il était pourtant fortement resserré dans toute son étendue. A cinq travers de doigt au-dessus du cœcum existait une ulcération de la largeur d'un écu de trois livres, dont le fond était formé par la membrane musculaire à nu, et les bords par la muqueuse tuméfiée, molle et noire: cette membrane présentait le même aspect jusqu'au cœcum. Quatre ou cinq ulcérations plus petites que la précédente existaient dans le cœcum, dont la muqueuse était blanche; le reste du gros intestin était sain.

Chez ce malade, nous retrouvons à peu près les mêmes lésions du tube digestif que chez le précédent : cependant quelle différence dans les symptômes ! Dans ce cas aussi la mort fut inopinée. En examinant l'état des diverses fonctions, en ayant égard surtout à la conservation des forces, aurait-on pu présumer que, peu d'heures après la visite, le malade succomberait, sans qu'aucun nouvel accident se fût manifesté? Peut-on en chercher la cause dans l'œdème très-considérable dont les poumons étaient le siége? Peut-on supposer que, pendant la nuit du 9 au 10 décembre, les poumons s'engouèrent tout-à-coup de sérosité, de même qu'on voit, dans d'autres parties du corps, des accumulations séreuses s'effectuer quelquefois presque instantanément? Est-ce plutôt dans l'état organique du cœur qu'il faut placer la cause de la mort? En effet, les morts subites ne sont pas rares chez les individus atteints d'anévrysmes du cœur, même peu avancés, et qui ne manifestent encore leur existence par aucun symptôme bien tranché. Il semble que, chez plusieurs de ces malades, le cœur perd momentanément la faculté de se contracter : le sang, dès lors, n'arrive plus au cerveau, la respiration se suspend ; et si cette cessation d'action du cœur se prolonge, la syncope se change en une mort réelle. Remarquons d'ailleurs qu'aucune de ces circonstances n'exista chez le malade précédent, dont la mort survint d'une manière encore plus imprévue.

L'état particulier des facultés intellectuelles était-il un phénomène sympathique lié à l'inflammation dont l'estomac et la fin de l'intestin grêle étaient le siége? Toute la maladie existait-elle dans le tube digestif?

La phlegmasie du poumon droit existait déjà depuis quelques jours au moins, ainsi que le prouvait l'état de l'organe; mais pouvait-elle être même soupçonnée? N'occupant exac-

tement que la base du poumon, elle ne pouvait être reconnue ni par la percussion ni par l'auscultation; la respiration était parfaitement libre, les crachats étaient nuls, et la toux très-légère qui existait ne devait-elle pas raisonnablement être rapportée à la seule phlegmasie des bronches?

Le caractère du pouls, chez ce malade, mérite aussi toute notre attention. Combien sont insuffisants les signes tirés de l'état des pulsations artérielles, lorsqu'en même temps l'on n'a pas égard à l'état du cœur!

XIIIe OBSERVATION.

Fièvre continue légère avec signes d'irritation intestinale. Tout-à-coup symptômes nerveux et mort. Ulcérations dans l'intestin grêle. Aucune lésion appréciable dans les centres nerveux.

Un homme de vingt-deux ans, habitant Paris depuis un an, entra à la Charité le 15 novembre 1822, avec les symptômes d'une fièvre continue assez légère : langue blanche, rouge à la pointe, un peu sèche; ventre douloureux; dévoiement modéré; pouls peu fréquent. (*Tisane d'orge.*)

Du 15 au 20, l'état du malade resta stationnaire. Soumis à la diète et au repos, tout annonçait qu'il guérirait.

Le 21, il accusa une douleur à la cuisse gauche; elle était un peu tuméfiée : l'on redouta le développement d'un phlegmon. (*Cataplasme émollient.*)

Le 22, la tension de la cuisse était plus considérable; la peau avait rougi; la fièvre était plus intense.

Le 23, l'état du malade était devenu infiniment plus grave : la face exprimait le plus haut degré de la stupeur; l'intelligence était complètement perdue; les dents étaient encroû-

tées et sèches ; la langue ne put être vue : on compta plus de cent trente-six pulsations. (*Deux vésicatoires aux jambes.*)

Le 24, agonie ; respiration très-accélérée, sans râle. Le malade poussait de temps en temps des cris aigus ; les yeux, fixes, étaient tournés en haut, le pouls ne se sentait plus. Mort pendant la visite.

OUVERTURE DU CADAVRE.

L'encéphale et ses enveloppes ne présentèrent aucune lésion appréciable.

Les poumons n'étaient que médiocrement engoués.

L'estomac, parfaitement blanc dans sa portion pylorique, présentait une teinte rosée dans le grand cul-de-sac ; là, la muqueuse consistante était un peu plus épaisse que de coutume.

Rien de remarquable dans les cinq sixièmes supérieurs de l'intestin grêle. Ulcérations petites et peu nombreuses, à bords rouges, à fond blanc, pouvant recevoir au plus une pièce de cinq sous, éparses dans le sixième inférieur ; muqueuse rosée dans leurs intervalles. Gros intestin blanc et sain.

Sérosité rougeâtre, peu abondante, dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse gauche.

Rien de plus remarquable, sans doute, que la marche de cette maladie. Assez bénigne jusqu'au 22 novembre, elle se présente tout-à-coup avec un ensemble de symptômes très-graves, et la mort survient en moins de quarante-huit heures. C'est surtout le système nerveux qui paraît atteint : à l'ouver-

ture du cadavre, il ne présente aucune altération que nos sens puissent saisir.

Les lésions trouvées dans l'estomac et dans l'intestin grêle sont à peu près semblables à celles que nous ont offertes les individus qui font le sujet des précédentes observations ; elles préexistaient sans doute à l'apparition des symptômes qui se manifestèrent les deux derniers jours, et encore ici elles avaient coïncidé avec les symptômes d'une fièvre continue assez bénigne, qu'accompagnaient des signes d'irritation intestinale. Quelle lésion nouvelle causa les symptômes bien autrement graves des derniers temps ? Quelle lésion entraîna d'une manière si inopinée le malade au tombeau ? Ce ne fut certainement pas le phlegmon ; il était trop peu considérable. Dire que la phlegmasie gastro-intestinale s'est exaspérée tout-à-coup, ou bien supposer que les sympathies entre le cerveau et les organes digestifs, restées muettes jusqu'au 22 novembre, se sont instantanément réveillées, c'est adopter une manière assez ingénieuse de rendre raison du fait ; mais, en dernier résultat, c'est expliquer ce fait par une hypothèse.

XIVe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Symptômes de fièvre continue légère à l'époque de l'entrée à l'hôpital. Plus tard, symptômes ataxo-adynamiques : dévoiement ; langue rouge d'abord, puis naturelle. Emploi des toniques. Accroissement des symptômes. Mort le vingt-quatrième jour. Follicules agminés de l'intestin grêle transformés en un tissu dur, paraissant gangréné. Follicules isolés du cœcum transformés en pustules, avec ulcération au sommet de plusieurs. Pneumonie.

Une femme, âgée de vingt-un ans, domestique, tempérament lymphatico-sanguin, habitant Paris depuis six mois, plongea ses mains dans de l'eau glacée, le 25 décembre 1820,

pendant la période menstruelle. Celle-ci ne se supprima pas. Cependant dès ce moment la santé de cette femme se dérangea : céphalalgie, chaleur de la peau, soif. Elle continua à travailler jusqu'au 10 janvier. La malade entra alors à la Charité; le 11, elle présenta l'état suivant :

Céphalalgie, langue blanchâtre, soif, pas de selle depuis six jours, respiration un peu gênée, fièvre, faiblesse générale. (*Dix sangsues à la partie supérieure interne des cuisses, lavement purgatif, tisane d'orge.*)

Le 12, pas de changement.

Le 13, l'ouïe était devenue dure, les idées étaient embarrassées, le pouls fréquent et petit, la peau peu chaude, le ventre ballonné; la langue, pâle, tendait à se sécher. (*Tisane d'orge.*)

La malade délira dans la nuit du 13 au 14. Le 14, la surdité avait augmenté; le trouble des idées, l'embarras de la parole, la tendance au coma, étaient plus prononcés; la face exprimait la stupeur; les yeux restaient fermés; la langue, sèche, avait rougi sur ses bords; la constipation persistait; le pouls conservait sa grande fréquence et sa petitesse. (*Deux vésicatoires aux jambes, lavement de camomille avec addition d'un scrupule de camphre, fomentations d'huile de camomille camphrée sur le ventre, une pinte d'infusion aqueuse de quinquina édulcorée avec deux onces de sirop d'écorce d'orange amère, infusion de violette gommée, un bouillon, une tasse de vin.*)

Peu de temps après l'application des vésicatoires, la figure se ranima, les yeux s'ouvrirent, le pouls devint plus fréquent et plus dur, la température de la peau s'éleva, la respiration s'accéléra, des soubresauts de tendons apparurent. Ces symptômes d'excitation ne furent que momentanés; la nuit fut plus calme que la précédente.

Dans la matinée du 15, la respiration était courte, accélérée; la malade toussait fréquemment, sans expectorer; un son mat existait à la partie antérieure droite du thorax, depuis la clavicule jusqu'à la mamelle; quinze sangsues furent appliquées sur cette partie; d'ailleurs, même prescription.

Dans la journée, du dévoiement s'établit (sept à huit selles); deux vers lombrics furent vomis; un délire complet eut lieu pendant la nuit.

Le 16, la langue s'était humectée et avait repris un aspect tout-à-fait naturel; cependant l'air de stupeur devenait de plus en plus marqué; la malade ne répondait qu'avec beaucoup de peine aux questions; le pouls se déprimait avec une extrême facilité; sa grande fréquence n'était pas en rapport avec la température très-peu élevée de la peau; mêmes symptômes du côté de la poitrine. (*Vésicatoire sur l'endroit mat; lavement de camomille avec une once de quinquina, une demi-once de serpentaire de Virginie, et un scrupule de camphre; frictions aromatiques sur les membres; infusion de quinquina; infusion de bourrache et de violette avec addition de deux gros d'acétate d'ammoniaque.*)

Dans la journée, plusieurs évacuations alvines involontaires eurent lieu. La malade cessa de parler et de répondre; la prostration devint extrême.

Le 17, face pâle, décolorée, yeux éteints, peau froide, pouls très-fréquent, filiforme, respiration haletante, décubitus sur le côté droit; la langue, aperçue au fond de la bouche, parut humide et d'une bonne couleur; la surface des vésicatoires était brune. (*Frictions sur les membres et l'abdomen avec le liniment volatil cantharidé et le baume de Fioraventi; un vésicatoire à la nuque; suppression du lavement; mêmes boissons, une tasse de vin, un bouillon.*)

Morte à midi, du vingt-troisième au vingt-quatrième jour de la maladie.

OUVERTURE DU CADAVRE

20 heures après la mort.

Crâne. Le cerveau et ses membranes étaient pâles, leur consistance ordinaire; une cuillerée à café de sérosité limpide existait dans chaque ventricule.

Thorax. Le lobe supérieur du poumon droit était hépatisé en rouge dans toute son étendue.

Abdomen. La paroi abdominale était unie au bord tranchant du lobe gauche du foie par une bride de tissu cellulaire longue d'un pouce.

L'estomac, rempli d'un liquide verdâtre, était fortement injecté dans son grand cul-de-sac.

L'intestin grêle contenait un liquide d'un brun foncé. Vers la fin de l'iléum, on voyait sur la muqueuse de petites pustules côniques qui étaient plus confluentes dans le cœcum, puis devenaient plus rares, et disparaissaient dans la portion ascendante du colon. Elles étaient rouges, larges d'une ligne à leur base, et ayant aussi environ une ligne de hauteur. Le sommet de plusieurs de ces pustules présentait une solution de continuité; dans les unes ce n'était qu'une légère érosion; dans d'autres l'ulcération était plus prononcée : on la voyait s'étendre progressivement du sommet à la base de la pustule; en quelques points celle-ci avait cessé entièrement d'exister, et à sa place se montrait un petit ulcère à fond rouge, à bords irrégulièrement découpés et peu élevés.

Enfin, immédiatement au-dessus de l'iléum et dans le cœcum apparaissaient plusieurs larges plaques de forme ovale,

faisant au-dessus du niveau de la muqueuse une assez forte saillie. Là où elles existaient, les parois de l'intestin avaient acquis une épaisseur assez considérable pour qu'on pût reconnaître ces plaques à l'extérieur. Une matière comme pultacée, d'un gris jaunâtre, recouvrait leur surface, et y adhérait intimement. Au-dessous de cette matière existait un tissu dur, rugueux et d'un rouge livide, formé par le tissu cellulaire sous-muqueux.

Les ganglions mésentériques étaient très-volumineux et rouges.

L'intestin grêle de cette femme nous présente la même altération que celle qui nous a été offerte par le sujet de l'observation XIII. L'espèce d'eschare que représente la couche folliculeuse n'est encore détachée en aucun point : là il n'y a pas encore d'ulcération; mais dans le gros intestin on en trouve plusieurs qui résultent de la destruction des follicules, procédant de leur sommet vers leur base. Dans chacun de ces follicules, l'ulcération a-t-elle succédé à une eschare, à un *bourbillon?* Rien ne le prouve. Cette grave altération de l'intestin, qui coïncidait avec une forte injection de la muqueuse du grand cul-de-sac de l'estomac, n'empêcha pas la langue de présenter, dans les derniers jours, un aspect à peu près naturel; cependant des stimulants énergiques étaient chaque jour déposés sur la membrane muqueuse gastro-intestinale; il est même à remarquer que ce fut le lendemain du jour où ces stimulants commencèrent à être administrés que la langue, sèche et rouge, s'humecta et pâlit; mais il n'en fut pas de même des autres symptômes, qui ne cessèrent de s'exaspérer; l'inflammation du poumon droit, que n'annonça aucune expectoration

spéciale que la dyspnée fit soupçonner, et dont la percussion démontra l'existence, contribua sans doute aussi à augmenter la prostration. L'état misérable du pouls, la coïncidence d'une accélération extrême de la circulation avec l'absence de toute chaleur à la peau, la grande pâleur de la face, la chaleur brune des vésicatoires, étaient autant de circonstances qui semblaient indiquer un état adynamique réel, et qui paraissaient commander l'emploi des toniques. Mais toujours est-il que cet état adynamique n'était point essentiel, et qu'il reconnaissait pour point de départ la double affection du tube digestif et du poumon. C'est seulement après qu'on eut commencé à administrer les toniques, que la diarrhée survint. Mais ce n'est qu'avec réserve qu'on en accusera ce genre de médication, si l'on réfléchit que dans ces maladies il y a naturellement une époque où le dévoiement remplace la constipation. Du reste, dès le premier jour que cette femme fut soumise à notre examen, nous fûmes frappés de son air d'abattement; il était plus considérable qu'il n'aurait dû être d'après la date assez récente de la maladie et de la bénignité des autres symptômes. La dureté de l'ouïe et la sécheresse de la langue sans rougeur de sa surface se joignirent bientôt à cet air de stupeur, et dès lors le pronostic devint très-grave. Au milieu de tous ces accidents, voyez combien restent toujours peu tranchés les signes propres à révéler l'affection intestinale que l'on retrouve seule sur le cadavre.

Nous ne chercherons point à déterminer jusqu'à quel point l'immersion prolongée des mains dans l'eau froide pendant l'époque menstruelle put être une des causes du dérangement de la santé; mais ce que nous n'oublierons pas, c'est que cette femme n'habitait Paris que depuis un petit nombre de mois.

XVe OBSERVATION.

Fatigues antécédentes. Fièvre rémittente au début. Mauvais effet d'un éméto-cathartique. État adynamique devenant de plus en plus prononcé à la suite d'émissions sanguines, ne diminuant pas par les toniques. Mort vers le quarante-sixième jour. Dans l'intestin grêle plaques folliculeuses frappées de gangrène et ulcérées. Dans le gros intestin ulcères blancs sans rougeur autour d'eux. Épanchement sanguin sous-muqueux dans l'estomac. Autre épanchement de sang dans la plèvre. Sang liquide dans les vaisseaux; aorte rouge. Rate volumineuse et molle.

Un carrier, âgé de vingt-huit ans, peau brune, cheveux noirs, muscles développés, s'était beaucoup fatigué au travail pendant la première quinzaine du mois de juillet. Vers le 20 juillet, il commença à sentir un malaise général, une forte céphalalgie; son appétit se perdit, ses forces diminuèrent : on lui donna un éméto-cathartique; il vomit abondamment, et alla plusieurs fois à la selle. Depuis cette époque il a eu de la diarrhée. A dater des premiers jours du mois d'août, il garda la chambre, et bientôt s'alita. Toute la journée il éprouvait une chaleur brûlante; le soir il ressentait un froid assez intense dans les pieds et les jambes; il suait beaucoup chaque nuit. Il ne prit, jusqu'au 28 août, aucun médicament actif; entré alors à la Charité, il offrit l'état suivant :

Cephalalgie sus-orbitaire, face rouge, yeux brillants, brisement des membres, accablement général; langue couverte d'un léger enduit blanchâtre, bouche amère, soif, anorexie, ventre indolent et souple, quatre ou cinq selles depuis vingt-quatre heures, précédées de légères coliques; toux légère; sentiment de chaleur à la gorge; déglutition pénible; pouls fréquent de force ordinaire; peau chaude, un peu moite.

Aucune indication précise ne se présentait; les symptômes étaient assez modérés pour qu'on pût croire qu'ils céderaient à l'usage de simples boissons adoucissantes, de la diète et du repos. (*Eau de riz gommée; un bouillon.*)

Le malade n'alla que deux fois à la selle, jusqu'au lendemain matin. Froid partiel le soir, et sueur la nuit, comme de coutume. A la visite du 29, la céphalalgie, la rougeur de la face, l'injection des conjonctives, persistaient; la toux était plus fréquente, le pouls plus développé. Ainsi l'état d'éréthisme général s'était accru. (*Saignée de quatre palettes.*)

Le sang tiré de la veine se réunit en un large caillot mou et sans couenne. L'exacerbation fébrile fut très-forte le soir.

Le 30, la rougeur de la face avait été remplacée par une pâleur remarquable; la langue, dépouillée de son enduit blanchâtre, présentait une couleur rouge uniforme; les lèvres, les dents et les narines étaient sèches; quatre selles liquides avaient eu lieu; le ventre restait souple; le pouls, fréquent, se déprimait très-facilement; la chaleur de la peau était peu élevée. (*Tisane d'orge gommée; diète absolue.*) Exacerbation le soir, sans froid initial; sueurs et rêves fatigants pendant la nuit.

Le 31, air de stupeur; même état du reste. (*Deux vésicatoires aux jambes.*) Le soir, léger trouble dans les idées.

Le 1er septembre, l'air de stupeur était plus prononcé; le malade était devenu très-sourd; son intelligence paraissait d'ailleurs assez nette; trois fois il s'était levé pour aller à la selle. La langue était sèche, le ventre ballonné; le pouls, très-fréquent, fuyait sous le doigt. (*Six sangsues derrière chaque oreille; embrocations d'huile de camomille camphrée sur l'abdomen; lavement de camomille avec addition de douze grains de camphre; tisane d'orge.*)

Les sangsues coulèrent très-abondamment; dans la matinée

du 2, plusieurs piqûres donnaient encore du sang; la stupeur avait fait des progrès. La teinte plombée de la face, l'expression morne des yeux, que recouvrait à moitié la paupière supérieure, l'augmentation de la surdité, la lenteur et l'incertitude des réponses, la faiblesse extrême du pouls, qui était comme tremblant, et qui battait plus de cent trente fois par minute, le décubitus particulier du malade, qui tendait toujours à glisser vers le pied de son lit, annonçaient l'existence d'un état adynamique qu'il était urgent de combattre. La langue était à la fois sèche et pâle, le ventre assez souple; il n'y avait eu que deux selles. Deux nouveaux vésicatoires furent appliqués aux cuisses; ceux des jambes étaient secs. (*Infusion de quinquina gommée; décoction de polygala oxymélée; lavement et embrocations comme la veille.*)

Dans la soirée, l'état du malade parut avoir subi une légère amélioration; l'expression de la face était un peu plus animée; il s'était placé de lui-même sur le côté droit; le pouls s'était relevé; trois ou quatre piqûres de sangsues coulaient encore, quelque effort que l'on eût fait pour arrêter cet écoulement.

Pendant la nuit, le malade délira complètement.

Le 3, la langue s'était humectée; des croûtes noires couvraient les dents; quelques taches lenticulaires, d'une teinte livide, étaient éparses sur l'épigastre. (*Mêmes boissons; lavement avec un once de quinquina et douze grains de camphre; liniment ammonical avec addition d'une once de teinture de lavande pour frictionner les membres.*)

Jusqu'au lendemain matin, le malade resta continuellement assoupi.

Le 4, face cadavéreuse, réponses nulles. Cependant il tirait encore la langue, lorsqu'on lui faisait signe de la montrer; elle était pâle, assez humide, légèrement encroûtée à son centre. Des fuliginosités recouvraient les lèvres et les dents; qua-

tre selles involontaires avaient eu lieu. Nous comptâmes cent quarante-quatre battements artériels; deux tasses de vin furent ajoutées à la prescription.

L'affaissement devint de plus en plus grand dans la journée. Le malade, immobile dans son lit, les yeux à demi ouverts et entièrement éteints, la bouche entr'ouverte, la peau déjà glacée, ressemblait à un cadavre. Des inspirations, séparées par des intervalles qui devenaient de plus en plus longs, un pouls filiforme et d'une fréquence telle que ses battements ne pouvaient plus être comptés, étaient les seuls signes qui annonçassent encore que le malade n'avait pas cessé d'exister. Cependant il vivait encore le 5; il avalait encore très-bien les boissons qu'on lui présentait. Une demi-once de serpentaire de Virginie et deux onces de sirop de quinquina furent ajoutées à la décoction de cette écorce. Le malade lutta encore toute la journée contre la mort, et le souffle de vie qui lui restait ne s'éteignit que le 6 à cinq heures du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE

29 heures après la mort.

Crâne. Le cerveau et ses membranes étaient remarquables par leur pâleur; les ventricules étaient à peu près vides.

Thorax. Le cœur, vide de sang, présentait un tissu mou, flasque, entièrement décoloré; une grande quantité de sérosité sanguinolente, d'un brun foncé, engouait les deux poumons. Une pinte environ d'un liquide noir, offrant l'ensemble des propriétés physiques du sang veineux, était épanchée dans chaque plèvre, qui ne présentait d'ailleurs aucune trace de phlegmasie.

Abdomen. L'estomac, distendu par des liquides, présentait

à l'extérieur, dans sa portion qui est en contact avec la rate, une teinte rouge livide. A l'intérieur, il avait partout, excepté dans cette portion, une teinte d'un blanc grisâtre; la muqueuse était d'épaisseur ordinaire, et se détachait bien sous forme de membrane. Dans la portion splénique existaient quatre ou cinq larges taches rouges, dues à une infiltration sanguine qui avait son siége dans le tissu cellulaire sous-muqueux, et qui avait communiqué sa couleur à la membrane elle-même.

Le duodénum, le jéjunum et les deux tiers supérieurs de l'iléum étaient pâles et contenaient une assez grande quantité de bile jaune. Mais dans le tiers inférieur de l'iléum existaient différentes espèces de lésions. De la surface interne de l'intestin faisaient saillies plusieurs plaques d'un rouge plus ou moins foncé; elles s'élevaient d'une à deux lignes au-dessus du niveau de la muqueuse. Leur forme était irrégulièrement ovalaire; les plus petites égalaient le diamètre d'un pois, et les plus considérables celui d'une pièce de trente sous. Elles étaient formées par la muqueuse épaissie. Dans leurs intervalles, cette membrane n'était que médiocrement injectée. Plusieurs plaques représentaient, en quelques points de leur surface, des ulcérations dont le fond était formé par le tissu lamineux. D'autres étaient transformées en partie en un tissu jaunâtre, tout-à-fait semblable à une eschare par l'ensemble de ses propriétés physiques. D'autres, enfin, étaient entièrement transformées en ce même tissu; sa couleur ne s'enlevait pas par un lavage répété; il fallait le déchirer pour le séparer des tissus adjacents, et on ne pouvait le confondre avec de la matière fécale. Ailleurs, ces eschares étaient en partie enlevées, et il en résultait des ulcérations plus ou moins irrégulières dont le fond était formé par le tissu lamineux resté sain. Dans une ou deux ulcérations, l'eschare, presque entièrement détachée, ne tenait plus que par un mince pédicule. Enfin, d'autres ulcéra-

tions n'en présentaient plus aucune trace; une large eschare recouvrait la face supérieure de la valvule iléo-cœcale.

La muqueuse du cœcum et des trois portions du colon présentait un assez grand nombre de petits ulcères arrondis, superficiels, à bord et à fond blanc; ils semblaient marcher vers la cicatrisation; la muqueuse était pâle dans leurs intervalles.

La rate était très-volumineuse; l'aorte contenait une petite quantité de sang noir, liquide, sa membrane interne était d'une couleur rouge uniforme.

On peut suivre très-bien, dans cette observation, les divers degrés et la formation des ulcères intestinaux. On trouve à la fois dans l'intestin grêle, 1° des plaques folliculeuses simplement tuméfiées; 2° ces mêmes plaques transformées en un tissu gris, brun ou jaune, ressemblant alors à des eschares; 3° ces eschares elles-mêmes détachées en partie, et ne tenant plus aux tissus subjacents que par de minces lambeaux, etc.; 4° à leur place, enfin, des ulcérations, au fond desquelles existe un tissu cellulaire sain ou malade. Dans le gros intestin ce sont encore des ulcérations que l'on rencontre; mais on n'y trouve plus aucune trace d'exanthème; les ulcérations elles-mêmes ont un aspect particulier : elles sont blanches sur leurs bords comme dans leur fond. Celui-ci est formé par un tissu cellulaire parfaitement sain; la membrane qui les entoure est également décolorée. Il est évident que dans ce gros intestin a existé, à une époque déjà assez éloignée de la mort, un travail morbide qui est devenu de moins en moins actif, et que les ulcérations qu'on y découvre tendent à se cicatriser. Aussi remarquez que l'abondante diarrhée qu'éprouva le malade au commencement, et qui suivit l'ad-

ministration faite à cette époque d'un éméto-cathartique, diminua progressivement, et qu'elle n'était plus que très-peu considérable deux jours avant la mort.

Mais voici dans cette observation une autre circonstance bien remarquable. Qu'on se rappelle la bénignité des symptômes que présentait encore le malade le 28 août; qu'on se rappelle l'ensemble des symptômes de réaction qu'il offrait le lendemain 29 : pour les combattre, une émission sanguine ne semblait-elle pas indiquée ? Cependant à peine seize onces de sang sont-elles tirées d'une veine du bras, que tout-à-coup et sans intermédiaire la langue rougit et se sèche, le malade tombe dans un état adynamique des plus prononcés, et qui semble des plus réels, si l'on en juge par l'ensemble des phénomènes qui se manifestent. Après l'application de vésicatoires aux jambes, la prostration augmente; elle devient extrême après qu'une nouvelle perte de sang a été subie au moyen de sangsues dont les piqûres coulent très-abondamment. Notons même, comme une des conséquences de l'état général, l'extrême difficulté que l'on eut à arrêter l'écoulement de quelques-unes de ces piqûres. C'est alors qu'on a recours à des boissons toniques et à des lavements de même nature : on n'en obtient aucun résultat.

Dans ce cas, les émissions sanguines furent-elles seulement infructueuses ? ne furent-elles pas directement nuisibles ? on serait porté à le penser, si l'on réfléchit avec quelle rapidité, à la suite de la saignée, un état très-grave succéda à un ensemble de symptômes qui ne présentaient rien d'alarmant. Admettrons-nous que chez cet individu, très-fort en apparence, les fatigues excessives éprouvées pendant les grandes chaleurs du mois de juillet avaient épuisé l'innervation de telle sorte que la soustraction subite d'une certaine quantité de sang produisit facilement une prompte adynamie ? Admet-

trons-nous que ce fut cet état d'épuisement de l'innervation qui, en même temps qu'il se dessinait à l'extérieur par des symptômes spéciaux, détermina aussi le mode de terminaison de l'affection intestinale, produisit tour-à-tour la gangrène et l'ulcération des plaques folliculeuses? Ainsi, qu'une légère rougeur vienne à se montrer en un point quelconque de la peau, elle se terminera par une prompte résolution, si les forces sont en bon état; elle se terminera au contraire par gangrène et par ulcération, si les sujets sont dans un état de débilitation plus ou moins profonde. Sans doute, en expliquant ainsi les symptômes graves qui se manifestèrent chez cet individu à la suite des émissions sanguines, on ne fait qu'une hypothèse; mais n'est-elle pas une des plus probables qui puissent être proposées? n'a-t-elle pas en sa faveur un grand nombre d'autres observations dans lesquelles on a vu aussi des symptômes ataxo-adynamiques suivre de si près des saignées, qu'on a pu raisonnablement en conclure que ces symptômes avaient été au moins favorisés dans leur développement par une déperdition de sang, soit trop abondante, soit intempestive? D'ailleurs, n'est-ce pas aussi une hypothèse que l'on fera, en admettant, pour se rendre compte des phénomènes observés, qu'immédiatement après la première émission sanguine, l'inflammation intestinale s'exaspéra assez pour transformer tout-à-coup une maladie bénigne jusqu'alors, en une affection des plus graves? Si cette exaspération des symptômes à la suite d'une saignée n'avait été observée qu'une fois, on pourrait sans doute adopter une pareille explication; mais si c'est un grand nombre de fois qu'on a vu les saignées être suivies de pareils phénomènes, ne serait-il pas singulier de supposer qu'un moyen qui passe pour enlever ou au moins modérer toute inflammation, a au contraire produit un accroissement de la phlegmasie intestinale? Si l'on répu-

gne à cette supposition, et si d'un autre côté il ne répugne pas moins de penser que deux phénomènes qu'on a vus si souvent se succéder ne se sont présentés ensemble que par un simple hasard, il n'y aura plus que deux hypothèses à faire : 1° l'on admettra que l'inflammation intestinale est d'une nature toute spéciale, et que les émissions sanguines ne lui conviennent pas; mais cette hypothèse serait bientôt renversée : car combien de fois n'a-t-on pas vu aussi les symptômes de cette inflammation rétrograder à la suite de saignées ? 2° l'on dira avec nous que l'émission sanguine est nuisible dans un certain nombre de cas, où elle trouve l'innervation dans une disposition telle, que tout ce qui tend à ôter de l'énergie aux centres nerveux tend aussi à détruire la vie, en produisant ces divers désordres d'innervation qu'on appelle des symptômes ataxiques ou adynamiques, en même temps qu'on voit toute congestion sanguine marcher vers la gangrène ou vers l'ulcération.

Du reste, dans le cas qui nous fournit ces réflexions, nous ne perdrons pas de vue quelques altérations remarquables que l'on observe surtout dans les cas où, soit primitivement, soit à la suite d'absorption de miasmes, l'innervation a été gravement influencée. Rappelons-nous, en effet, ces ecchymoses de l'estomac, ces épanchements de sang dans la plèvre, ces pétéchies des derniers jours; n'est-ce pas là aussi ce qui existe dans les typhus d'Europe ou par infection ou par contagion, dans la fièvre jaune, dans le scorbut? n'est-ce pas là encore ce qu'on observe dans plusieurs cas de varioles, dans lesquels il est aussi bien difficile de se rendre toujours compte des symptômes et de la mort par les seules lésions que découvre l'ouverture des cadavres. Tel est, par exemple, le cas suivant :

Une fille de quatorze ans fut atteinte d'une variole discrète,

qui marcha sans accident pendant les sept premiers jours, à dater du moment de l'éruption. Alors les boutons, pleins d'une matière blanche opaque, se désemplirent et s'affaissèrent tout-à-coup. En même temps, amaigrissement subit de la face, œil éteint; prostration portée rapidement au dernier degré; soif inextinguible, aspect naturel de la langue; dévoiement; pouls fréquent; peau brûlante et sèche. Ces divers symptômes persistent pendant trois jours; la faiblesse augmente, et la malade succombe.

A l'ouverture du cadavre de cette jeune fille, si inopinément enlevée, voici ce que nous constatâmes.

État de la peau. Les pustules se présentent sous trois états différents. La plupart sont entièrement vides; l'épiderme soulevé est épais et d'un gris brunâtre. D'autres sont remplies par un liquide grisâtre, semblable à l'ichor fétide fourni par d'anciens ulcères de mauvaise nature. D'autres, en petit nombre, se présentent sous la forme de larges cloches remplies d'une sérosité rougeâtre.

La muqueuse gastrique est, dans toute son étendue, d'un blanc grisâtre sale : elle n'est pas ramollie; mais vers le grand cul-de-sac existent cinq à six petites plaques brunâtres, arrondies, ayant, terme moyen, le diamètre d'une pièce de quinze sous; elles sont formées par du sang épanché dans le tissu cellulaire sous-muqueux. La muqueuse elle-même n'est nullement altérée.

L'intestin grêle, généralement blanc, présente d'espace en espace une douzaine de taches semblables à celles de l'estomac.

Le cœcum est rouge dans toute son étendue; le reste du gros intestin est pâle.

Deux onces de sérosité rougeâtre existent dans chacune des

plèvres. Le poumon droit présente à sa surface une large ecchymose, qui n'existe qu'à sa superficie. Les deux poumons sont d'ailleurs très-sains.

Le cerveau et ses membranes n'offrent aucune lésion appréciable.

Certes, chez cet individu, aucune des altérations trouvées dans les organes ne saurait rendre raison des phénomènes très-graves observés pendant la vie, non plus que de la mort. Nous ne voyons ici autre chose que le bouleversement de toutes les fonctions, et une prostration subite, coïncidant avec l'affaissement des pustules. Le pus qui les remplissait, résorbé tout-à-coup et porté dans le sang, fut-il la cause des accidents? Peut-être ne regardera-t-on pas cette question comme indigne d'examen, si l'on se rappelle que les animaux dans les veines desquels du pus a été injecté présentent à peu près la même série de phénomènes, et offrent, après leur mort, le même genre de lésions. C'est ce qui résulte des expériences de MM. Magendie, Gaspard, Dupuy, Leuret, Trousseau, etc.

XVIe OBSERVATION.

Fièvre ataxo-adynamique; au début, légers symptômes cérébraux sans autre signe de lésion locale. Plus tard, signes d'irritation intestinale et exaspération des symptômes nerveux. Antiphlogistiques d'abord, puis médication tonique. Mort le dix-huitième jour. Follicules intestinaux gangrénés et ulcérés. Arborisations du grand cul-de-sac de l'estomac. Gros intestin sain. Sang liquide dans les vaisseaux; coloration de ceux-ci. Rate volumineuse.

Un horloger, âgé de vingt-un ans, venait de subir un traitement anti-vénérien lorsqu'il entra à la Charité. Il se plaignait alors de forts étourdissements; il avait de la fièvre; cet

état existait depuis dix jours; les fonctions digestives paraissaient intactes. (*Vingt sangsues au cou.*) Les étourdissements diminuèrent, mais ne cessèrent pas; la fièvre persista, le dévoiement s'établit, la langue rougit et se sécha. Nous observâmes cette succession de phénomenes pendant les huit premiers jours de septembre. (*Tisane émolliente, diète.*)

Le 8, l'ouïe commença à être dure.

9 et 10, augmentation de la surdité, persistance des étourdissements, langue rouge et sèche; cinq ou six selles liquides en vingt-quatre heures; peau brûlante et sèche; pouls fréquent et faible.

Le 11, prostration, ballonnement du ventre. (*Deux vésicatoires aux jambes; embrocations d'huile de camomille camphrée sur le ventre; frictions aromatiques; eau d'orge; limonade minérale; deux bouillons.*)

Jusqu'au lendemain 12, trois selles seulement eurent lieu; le ventre avait repris de la souplesse. Le malade, dont l'intelligence se conservait très-nette, se plaignait beaucoup de ses étourdissements. (*Sinapismes autour des genoux dans la soirée; d'ailleurs, même prescription.*)

Le 13, la surdité était extrême, l'expression de l'œil n'était pas en rapport avec les objets environnants, les traits de la face s'étaient affaissés; le malade déraisonnait depuis la veille; la langue avait bruni, les dents s'étaient encroûtées; le ventre conservait sa souplesse; trois évacuations alvines, dont une involontaire; pouls fréquent et faible. Les progrès toujours croissants de la prostration déterminèrent M. Lerminier à essayer un traitement tonique. (*Tisane d'orge vineuse, limonade minérale. Potion composée ainsi qu'il suit:*

Eau de valériane. . . . . . 6 *onces.*
Eau de menthe.. . . . . 1 *once.*
Eau de canelle.. . . . . 1 *once.*

Extrait sec de quinquina. . . . . . 2 *gros.*
Sirop d'œillet. . . . . . 1 *once.*
Ether sulfurique. . . . . . 1 *gros.*

Un vésicatoire à la nuque; embrocations et frictions comme les jours précédents.

Le délire persista tout le jour. Le lendemain matin 14, aucun changement n'avait eu lieu. (*Même prescription.*)

Le 13, des fuliginosités épaisses couvraient les lèvres, les dents et la langue; le pouls se sentait à peine, la peau était généralement froide; une sorte de voile pulvérulent couvrait les deux cornées. Le malade succomba quelques heures après la visite.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. L'arachnoïde de la convexité des hémisphères et de la base du cerveau présentait quelques places peu étendues, où elle était assez vivement injectée. Ailleurs, elle était parfaitement transparente; une petite quantité de sérosité limpide existait, soit dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, soit dans les ventricules. La substance cérébrale, non injectée, avait sa consistance ordinaire.

Thorax. Une grande quantité de sang noir engouait les poumons; un peu de sérosité sanguinolente était épanchée dans les deux plèvres et dans la cavité du péricarde. Le cœur était sain; il contenait du sang noir, liquide, avec quelques caillots blancs. L'aorte contenait aussi un peu de sang noir, liquide; sa surface interne présentait un grand nombre de plaques rouges; elles étaient plus nombreuses et plus marquées dans l'aorte abdominale. Les diverses artères qui naissent de l'aorte étaient toutes parfaitement blanches.

Abdomen. Un mélange de gaz et de liquides distendait l'es-

tomac. Vers le grand cul-de-sac sa surface interne offrait une couleur rouge: ce n'était point une couleur uniforme, mais une arborisation due à l'injection d'une foule de petits vaisseaux, qu'on distinguait et qu'on suivait à l'œil nu. La muqueuse était encore transparente; elle avait son épaisseur et sa consistance ordinaires. Ailleurs, l'on voyait plusieurs veines remplies de sang se ramifier dans le tissu lamineux; mais partout la muqueuse elle-même était très-blanche.

L'intestin grêle, jusqu'à un pied au-dessus de la valvule iléo-cœcale, offrait, par intervalles, une forte injection. Ces parties injectées réunies avaient à peu près en longueur l'étendue d'un pied et demi. Ailleurs, la muqueuse, blanche et transparente, laissant voir au-dessous d'elle un assez grand nombre de vaisseaux ramifiés dans le tissu lamineux.

Mais dans l'étendue d'un pied au-dessus de la valvule, la membrane muqueuse acquérait une couleur rouge intense. Trois ou quatre petites élevures, également rouges, larges comme une pièce de dix sous, faisaient saillie d'une à deux lignes au-dessous de son niveau; l'une d'elles présentait, à son centre, une légère solution de continuité. Dans les six premiers pouces environ, existaient en outre cinq à six ulcérations arrondies, à bords brunâtres et relevés; une eschare jaunâtre recouvrait leur fond. Dans les six derniers pouces les ulcérations étaient beaucoup plus multipliées; leur forme était très-irrégulière. Sur le fond de la plupart existaient encore des débris de la muqueuse gangrenée. En d'autres points, les eschares étaient encore entières.

Immédiatement au-dessous de la valvule, l'intestin reprenait sa blancheur, et la conservait jusqu'au rectum.

La muqueuse vésicale était d'un rouge intense dans toute son étendue; la substance des reins paraissait elle-même plus injectée qu'à l'ordinaire.

La rate était très-volumineuse ; le foie avait une teinte rosée et une densité remarquable.

Ce malade succomba beaucoup plus promptement que le précédent. Nous trouvâmes dans l'intestin à peu près les mêmes altérations que chez celui-ci ; seulement le gros intestin était très-sain, bien qu'il y eût eu du dévoiement.

Lorsque cet individu entra à la Charité, il ne présentait pas, comme le précédent, ces accès quotidiens, d'où résultait une fièvre dite *rémittente des mieux caractérisées.* C'était seulement l'encéphale qui paraissait légérement affecté ; et pour qui n'aurait pas été instruit par l'anatomie pathologique, c'eût été l'encéphale qui eût paru être l'unique point de départ de la fièvre. Les étourdissements dont se plaignait le malade à son entrée furent combattus par une application de sangsues au cou ; à peine y eut-il un léger amendement ; le mouvement fébrile persista ; du dévoiement s'établit plus tôt que chez beaucoup d'autres malades ; la sécheresse de la langue et la surdité furent les premiers symptômes graves qui apparurent ; la prostration devint bientôt extrême ; ce ne fut toutefois que très-tard que l'intelligence commença à se troubler. La langue noircit, le ventre se ballonna avant qu'on eût commencé à administrer des toniques. Ceux-ci ne furent suivis d'aucun effet avantageux. Les nombreux révulsifs dont la peau fut couverte n'eurent pas une action plus utile. Nous ferons remarquer ici, comme dans quelques-unes des observations précédentes, la coïncidence d'une vive injection du grand cul-de-sac de l'estomac avec la circonstance de l'ingestion de substances stimulantes dans cet organe.

Quel rôle joua dans la production des symptômes la vive

injection dont la membrane muqueuse vésicale était le siége?

Pourquoi le foie et les reins étaient-ils aussi plus injectés que de coutume? Pourquoi, enfin, chez ce malade le sang était-il resté liquide dans l'aorte, et pourquoi avait-il teint la surface interne de ce vaisseau? Le sang que nous trouverons dans l'aorte de l'individu qui va faire le sujet de l'observation suivante nous présentera un aspect encore plus remarquable.

XVIIe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris; mauvaise nourriture; misère. Diarrhée au début; développement successif de symptômes ataxo-adynamiques. Saignées; vésicatoires; tisanes délayantes. Éther et musc les deux derniers jours seulement. Mort le vingt-septième jour. Gangrène et ulcérations des follicules. État à peu près sain de l'estomac. Pneumonie. *Sang comme sanieux.* Rate très-molle.

Un maçon, âgé de vingt-un ans, tempérament lymphatico-sanguin, habite Paris depuis deux mois. Depuis son arrivée dans cette ville, il a éprouvé de la misère et s'est mal nourri. Vers le 10 juin, il fut pris d'une abondante diarrhée, qui, pendant les premiers jours, n'empêcha pas le malade de manger et de se livrer à son travail. Mais bientôt augmentation de la diarrhée (vingt selles environ en vingt-quatre heures); perte de l'appétit, faiblesse de plus en plus grande; impossibilité de continuer son travail: il s'alita huit jours avant d'entrer à la Charité; il ne prit aucun médicament, garda la diète, et but de l'eau sucrée. Il entra à l'hôpital le 29 juin. A la visite du 30, nous fûmes frappés de son air de stupeur. Il se plaignait d'une forte céphalalgie frontale. Son intelligence était nette, ses mouvements pénibles. La langue, couverte d'un enduit blanchâtre, était rouge à sa pointe, et parsemée dans le reste de

son étendue d'une foule de petits points d'un rouge vif; bouche mauvaise, soif; anorexie; ventre indolent et souple; quinze à dix-huit selles semblables à de l'eau teinte en jaune avaient eu lieu depuis la veille. Le pouls était fréquent et concentré, la peau chaude et sèche. Une toux légère existait. (*Eau de riz gommée; lavement de lin; deux bouillons.*)

Dans la journée, l'on s'aperçut que le malade délirait un peu. La nuit, il troubla, par ses cris, le sommeil de ses voisins. Dans la matinée du 1er juillet, nous le trouvâmes à peu près dans le même état qu'à la visite précédente. Les crachats nous parurent un peu visqueux. (*Saignée de deux palettes; deux vésicatoires aux jambes.*)

Le sang extrait de la veine se réunit en un large caillot sans couenne, remarquable par sa mollesse, et par sa ressemblance avec de la gelée de groseilles. Le délire revint pendant la nuit. Dans la matinée du 2, le malade jouissait de toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles, mais il était singulièrement abattu; ses yeux s'ouvraient avec peine; la langue était rouge, et ses papilles hérissées; la diarrhée avait un peu diminué; la peau restait sèche; le malade toussait plus que les jours précédents, et la viscosité des crachats persistait. (*Eau de riz; lavement de lin.*) La nuit, retour du délire.

Le 3, profond affaissement des traits, teinte livide de la face. Le malade eut beaucoup de peine à se soulever un peu pour qu'on pût le percuter et l'ausculter. La viscosité des crachats pouvait faire craindre le développement d'une pneumonie, bien que la respiration ne parût nullement gênée. Nous entendîmes un peu de râle crépitant à la partie postérieure inférieure gauche du thorax. Cinq ou six taches livides, arrondies, du diamètre d'une pièce de dix sous, étaient disséminées sur le thorax. Le malade répondait parfaitement bien aux questions. Une heure après, il quitta tout-à-coup son lit, et pro-

nonça des mots sans suite (*Deux nouveaux vésicatoires furent appliqués aux cuisses.*) Le reste de la journée il délira.

Le 4, l'air de stupeur était porté au dernier degré; le malade paraissait entièrement étranger à tout ce qui se passait autour de lui. Cependant il comprenait les questions et y répondait; mais abandonné à lui-même, il délirait de nouveau. La langue était sèche, d'une couleur semblable à celle de la crême brûlée; d'épaisses croûtes noires couvraient les lèvres et les dents; les évacuations alvines avaient lieu dans le lit; la chaleur de la peau était très-âcre; le pouls, très-fréquent, se déprimait facilement; les taches avaient disparu; le malade ne crachait plus. (*Eau d'orge gommée, acidulée avec l'acide muriatique; eau d'orge avec le sirop tartareux; fomentation avec l'oxycrat chaud sur le ventre et sur les cuisses.*)

Le 5, les paupières restaient à demi abaissées sur le globe de l'œil; soulevées, elle laissaient voir celui-ci terne, sans expression; une sorte de poussière, d'un gris sale, couvrait les joues; de fréquents soubresauts de tendons se faisaient sentir aux deux avant-bras, et de temps en temps l'on observait de petits mouvements convulsifs des muscles abaisseurs de la commissure gauche des lèvres. La peau du tronc et des membres conservait sa sécheresse et sa chaleur âcre; la peau du visage au contraire était froide et couverte d'une sueur visqueuse. Le pouls devenait de plus en plus faible. (*Continuation des mêmes tisanes et des fomentations; potion éthérée avec douze grains de musc; lavement camphré.*)

Dans la journée, le malade resta à peu près dans le même état. Tantôt il paraissait profondément assoupi, tantôt il ouvrait les yeux et poussait de profonds soupirs; il lâcha plusieurs fois sous lui; la nuit, ses plaintes furent continuelles.

A la visite du 6, son état était à peu près le même que la veille. Il paraissait entendre les questions qu'on lui adressait;

il tirait assez facilement la langue, mais il ne proférait aucune parole. Les soubresauts des tendons étaient très-multipliés. Le pouls battait plus de cent vingt fois par minute ; la langue était sèche *comme un morceau de parchemin.* Un ver lombric avait été rendu. La respiration était haute, accélérée. (*Même prescription.*)

Le 7, le malade était mourant. Nous fûmes surtout frappés par la grande fréquence des inspirations. Il succomba quelques heures après la visite.

OUVERTURE DU CADAVRE

48 heures après la mort.

Les muscles n'étaient point poisseux.

Crâne. Les veines qui rampent sous l'arachnoïde de la convexité des hémisphères étaient gorgées de sang. La pie-mère paraissait assez vivement injectée. La substance cérébrale était piquetée d'une grande quantité de petits points rouges. Les ventricules étaient entièrement vides de sérosité. L'on en trouva un peu entre le cervelet et sa tente.

Thorax. Le lobe inférieur du poumon gauche présentait une couleur brunâtre et ne crépitait pas. Il avait assez d'analogie avec le tissu de certaines rates très-molles. Partout ailleurs les poumons étaient parfaitement sains, non engoués. Le cœur contenait dans sa partie droite des caillots fibrineux peu consistants, et assez fortement adhérents aux colonnes charnues de l'appendice auriculaire.

Abdomen. Des gaz distendaient l'estomac. Sa surface interne présentait plusieurs plaques rosées, dans l'intervalle desquelles elle était blanche. La muqueuse, examinée sur ces plaques et entre celles-ci, avait conservé partout son épaisseur

et sa consistance ordinaires; cet état de l'estomac pouvait être tout au plus considéré comme le premier degré d'une pleg-masie peu intense.

Le duodénum, le jéjunum et l'iléum contenaient une grande quantité de bile jaune. Ouverts dans toute leur étendue et lavés, ces intestins présentèrent une surface interne très-pâle jusqu'à deux pieds et demi environ au-dessus du cœcum. Dans ce dernier espace existait une lésion remarquable qui paraissait être la même quant à sa nature, et ne différait seulement que par ses degrés. Ainsi, l'on observait en plusieurs endroits des élevures oblongues, d'un rouge-brunâtre, formées à la fois et par la muqueuse un peu épaissie en cet endroit, et surtout par le tissu lamineux subjacent engorgé (1er degré). En d'autres endroits, ces mêmes élevures étaient surmontées par un tissu jaunâtre, intimement adhérent au tissu subjacent, et tout-à-fait semblable aux eschares des parties externes; il nous parut hors de doute que ce tissu n'était autre chose que la membrane muqueuse frappée de gangrène, soit seule, soit en même temps que le tissu cellulaire situé au-dessous d'elle (2e degré). Ailleurs, les élevures ne présentaient plus le tissu jaunâtre précédent que par points isolés, et dans les intervalles de ce tissu se voyait un tissu d'un rouge-brunâtre foncé. Dans ce dernier cas, la portion gangrenée était déjà en partie détachée; de là résultait un ulcère dont le fond était formé par le tissu lamineux, épaissi et enflammé (3e degré). Ailleurs, enfin, l'on ne voyait que des ulcérations simples, sans aucun mélange de tissu jaunâtre, à bords rouges formés par la muqueuse, à fond brunâtre formé par le tissu lamineux (4e degré).

Toutes ces ulcérations faisaient au-dessus de la muqueuse une saillie considérable. Celle-ci était blanche ou légérement injectée dans les intervalles.

La muqueuse du cœcum et du commencement du colon pré-

sentait une assez vive injection. L'on voyait aussi, dans toute l'étendue du gros intestin, plusieurs points noirs, isolés, entourés d'un cercle d'un blanc mat, faisant une légère saillie au-dessus du reste de la muqueuse (*follicules*).

La rate, volumineuse, était d'une extrême mollesse et contenait une matière couleur lie de vin.

Les autres viscères étaient sains.

Examen du sang.

L'aorte descendante thoracique contenait une assez grande quantité de sang dont l'aspect parut fort remarquable. Il se présentait sous forme d'un liquide couleur lie de vin, comme sanieux en quelques endroits, et tenant en suspension de petits globules noirâtres. Hors cette dernière circonstance, il présentait une grande ressemblance avec le sang qui s'échappe d'un abcès qu'on ouvre avant sa maturité. Le reste du système artériel était vide. Le sang de la veine cave présentait le même aspect.

Les circonstances qui ont précédé le développement de cette maladie ne doivent pas être perdues de vue: arrivée nouvelle à Paris, misère, mauvaise alimentation. Au milieu de ces circonstances, une abondante diarrhée survient; elle fatigue, épuise le malade, placé, par des causes qui ont antécédemment agi sur lui, dans des conditions spéciales d'innervation et d'hématose, et dès le premier jour que nous le voyons, nous sommes frappés de son air de stupeur, prélude d'accidents beaucoup plus graves. Dans cet état de choses une saignée est pratiquée, et l'aspect du sang tiré du bras est tellement insolite, qu'il annonce déjà que la fonction d'hématose a été mo-

difiée, soit primitivement, soit consécutivement, comme la fonction d'innervation. Du reste, cette saignée n'enraye en aucune façon la marche de la maladie ; elle n'empêche même pas le développement de la pneumonie, et le lendemain du jour où elle est pratiquée, l'abattement général est bien plus considérable. Les révulsifs ne sont pas plus efficaces ; et, bien que de simples boissons délayantes soient données, la langue se sèche de plus en plus, à mesure que les autres symptômes s'aggravent. L'ouverture du cadavre nous montre les mêmes lésions que celles que nous ont offertes les précédentes.

C'est toujours le tube digestif que nous trouvons spécialement lésé, et lésé de la même manière. Au contraire, nous ne découvrons autre chose qu'une assez forte congestion dans ces centres nerveux, qui avaient présenté pendant la vie des désordres fonctionnels si graves, et dans lesquels semblait surtout résider la maladie.

Portons maintenant notre attention sur quelques circonstances particulières de cette maladie.

Remarquons d'abord le caractère du délire : il fut d'abord intermittent, puis il fut séparé par des intervalles de lucidité de plus en plus courts, et enfin il devint continu. Jusqu'au dernier jour, le malade, bien qu'en délire, comprit les questions qui lui étaient adressées ; et alors même qu'il ne pouvait plus parler, ses actions indiquaient qu'il comprenait encore. Remarquons encore combien, dans un court espace de temps, peut varier la manifestation des forces musculaires, par cela seul que se modifie autrement le système nerveux. Le 3 juillet, le malade, malgré tous ses efforts, ne peut parvenir à se placer sur son séant ; une heure après, il commence à délirer : alors il se lève seul, il fait plusieurs pas dans la salle.

La peau resta constamment aride ; deux jours seulement avant la mort, une sueur froide, visqueuse, couvrit la face. Le

tronc et les membres contrastaient par leur chaleur brûlante avec le froid glacial des joues. Cette inégale répartition de la chaleur avait disparu le lendemain.

Dans ce cas, comme dans la plupart des précédents, l'état de la langue ne traduisit pas l'état de l'estomac. La lésion que présenta celui-ci ne consistait qu'en une injection très-légère, semblable à celle qu'on trouve sur la plupart des cadavres, et cependant la langue fut jusqu'à la fin d'une sécheresse remarquable; les lèvres et les dents offrirent d'épaisses fuliginosités. Ces phénomèmes apparurent, d'ailleurs, à une époque où le malade n'avait encore pris que de simples boissons délayantes.

Aucune douleur abdominale, aucun ballonnement, n'annoncèrent l'altération grave de l'intestin.

La diarrhée, qui survint dès le début de la maladie, et qui diminua ensuite progressivement, fut-elle causée, au principe, par une inflammation aiguë des follicules du gros intestin, inflammation qui n'existait plus à l'époque de la mort, mais dont l'ancienne existence paraissait attestée par le développement insolite des follicules du cœcum et du colon? Plusieurs fois il nous est arrivé de ne trouver autre chose que ces follicules ainsi développés dans des cas de diarrhées plus ou moins anciennes.

L'altération du poumon eut sans doute sa part dans la production des divers symptômes nerveux; des crachats visqueux, mais non teints de sang, furent le seul symptôme qui fit d'abord soupçonner l'existence d'une pneumonie. La respiration ne fut gênée que dans les derniers temps; alors la dyspnée devint telle, qu'elle fixa fortement notre attention; mais n'oublions pas que bien souvent, dans les derniers temps des fièvres graves, la respiration peut s'accélérer considérablement, les poumons restant sains. Nous avons vu quelle espèce

d'altération avait frappé le poumon : il était remarquable par son extrême friabilité, et par la grande quantité de liquide qui l'engorgeait ; l'air ne pénétrait plus la partie malade, et cependant ce n'était ni de l'hépatisation rouge, ni de l'hépatisation grise. C'était une altération spéciale qu'il n'est pas rare de rencontrer dans les cas de dothinentérite avec fuliginosités de la bouche, pétéchies, ramollissement pultacé de la rate, etc.

Que dirons-nous de ces taches, plus grandes que des pétéchies ordinaires, qui, le 5 juillet, couvraient la poitrine? Elles ne durèrent que vingt-quatre heures, et ne coïncidèrent avec aucun changement appréciable dans les autres phénomènes de la maladie. Ces taches, désignées par les auteurs sous le nom de *vibices*, sont, dit Huxham, *un signe certain qu'il y a malignité.* Souvent elles sont accompagnées d'hémorrhagies abondantes, et dans le système des anciens humoristes elles se liaient à l'existence d'un *état morbide du sang.*

Dans le cas qui nous occupe, il y avait effectivement une altération très-appréciable de ce sang. Elle était évidente dans le sang tiré de la veine pendant la vie ; elle le fut encore davantage sur le cadavre. Maintenant, est-ce dans ce sang ainsi altéré qu'il faut chercher le point de départ et la cause des divers désordres fonctionnels ou organiques présentés par le malade? Remarquons d'abord que chez la plupart des individus qui font le sujet des observations précédentes nous avons observé à peu près les mêmes désordres, soit pendant la vie, soit après la mort, et que chez beaucoup d'entre eux le sang ne nous a paru s'éloigner en rien de son état normal. On pourrait tout aussi bien soutenir que l'altération du sang a été ici consécutive ; qu'elle a été, par exemple, le résultat de l'absorption des parties gangrénées de l'intestin ; mais ce

ne serait non plus là qu'une hypothèse; et d'ailleurs elle ne rendrait pas compte de l'altération que présenta le sang tiré de la veine, à une époque où l'on ne pouvait pas encore admettre que l'absorption dont nous venons de parler en ait été la cause. Toutefois, quel qu'ait été le rôle joué ici par l'altération du sang, cette altération était bien réelle, et elle a dû exercer une influence sur les symptômes, la marche et la terminaison de la maladie. On ne conçoit guère, en effet, que les divers tissus puissent être nourris et excités par un sang ainsi altéré, sans ressentir eux-mêmes quelque trouble.

XVIIIe OBSERVATION.

Symptômes de fièvre ataxique. Trois applications de sangsues au cou. Vésicatoires. Camphre à l'intérieur; potion musquée le dernier jour. Durée de la maladie, inconnue. Ulcérations de la fin de l'intestin grêle, avec quelques restes de l'exanthème.

Un cordonnier, âgé de dix-neuf ans, constitution forte, tempérament sanguin, entra à la Charité le 17 novembre 1820, se plaignant de céphalalgie et d'une grande lassitude. La langue était blanche et humide, le pouls fréquent et fort; la face, rouge, avait une expression de stupeur assez marquée; fréquentes épistaxis. Quelques jours se passèrent dans cet état. Le 22, air de stupeur plus prononcé, délire le soir et pendant la nuit. Le 23, *douze sangsues au cou, deux vésicatoires aux jambes, limonade minérale, lavement de camomille avec un scrupule de camphre.*

Le 24, face fortement injectée, yeux humides, larmoyants, comme ceux d'un homme ivre; sourire continuel, tremblement des lèvres, légère rétraction en haut de leur commissure droite; carphologie; langue humide, soif; ventre bal-

lonné. (*Huit sangsues à chaque jugulaire, sinapismes, lavement de camomille.*)

Le 25, face moins rouge, rire niais, rétraction en haut de la commissure droite des lèvres, qui ne tremblent plus; les membres, soulevés, gardent pendant plusieurs secondes la position qu'on leur donne, comme si le malade était en catalepsie. Interrogé, il semble chercher ses idées, les rassembler avec peine, et il ne répond qu'au bout d'une ou deux minutes. On obtient de lui des réponses justes, en fixant fortement son attention; mais ensuite il déraisonne; il exprime tour-à-tour les idées les plus bizarres, comme ferait un maniaque. La langue, humide, mais brune, sort difficilement de la bouche; ventre ballonné, paraissant indolent; une selle; pouls fréquent et faible, peau moite. (*Six sangsues à chaque jugulaire, sinapismes, embrocations d'huile de camomille camphrée sur le ventre, orge.*)

Le 26, face pâle, bouche béante; idées plus lucides, réponses plus promptes; mêmes symptômes de catalepsie; même état des fonctions nutritives.

Le 27, joues plus rouges, sorte d'extase, bouche écumeuse, lèvres toujours déviées; quelques soubresauts de tendons; cessation des symptômes cataleptiques; pouls très-fréquent et très-faible; sueur générale, respiration accélérée. (*Même prescription, à l'exception des sangsues.*)

Le 28, expression d'une vive souffrance peinte sur la figure, agitation des yeux, qui roulent violemment dans leurs orbites; tremblement des lèvres, claquement des dents, mouvement d'élévation de tout le tronc par intervalles. De temps en temps le malade tient les propos les plus incohérents, exprime les idées les plus disparates avec une étonnante volubilité. Lorsqu'on presse sur l'abdomen, qui est tendu, il nous invite avec instance à presser encore davantage, parce que

cette pression, dit-il, lui fait du bien; peu d'instants après, il repousse le moindre contact; il veut qu'on lui ouvre le ventre pour enlever des barres de fer rouge qui y ont été introduites. La langue, brunâtre, tend un peu à se sécher; les matières fécales sont rendues dans le lit; la sécrétion des urines n'a plus lieu; pouls très-fréquent, faible, comme tremblotant. (*Bols de camphre et de nitre.*)

Le 29, le malade comprend les questions et y répond, mais il n'en déraisonne pas moins. Il accuse une sensation d'huile bouillante dans le ventre; la moindre pression sur une partie quelconque du corps détermine des cris déchirants; les traits s'altèrent et s'effilent, les yeux s'enfoncent dans les orbites, la face prend une teinte terreuse; langue humide, lèvres et gencives encroûtées de fuliginosités; selles abondantes dans le lit, ventre ballonné. (*Sinapismes; orge; limonade minérale; bols de camphre et de nitre.*)

Le 30, une forte prostration a remplacé l'exaltation nerveuse des jours précédents. On pince fortement la peau des deux bras sans que le malade semble le sentir. La langue est couverte à son centre d'un enduit brun et visqueux; la respiration est très-accélérée; les battements du pouls ne peuvent plus être comptés; une pression un peu forte exercée sur l'abdomen, qui est toujours ballonné, détermine une évacuation de gaz et de *fèces* liquides.

Le 1er décembre, endolorissement général, causé, selon le malade, tantôt par des courroies qui le serrent, tantôt par des coups d'épée, tantôt par de l'huile bouillante qu'on verse sur ses membres. L'affaissement est d'ailleurs beaucoup plus marqué. Face très-rouge, couverte d'une sueur abondante; joues excavées; soubresauts continuels des tendons, empêchant de sentir le pouls; langue brune à son centre, humide; dents fuligineuses; respiration haletante. (*Même prescrip-*

tion, plus une potion éthérée avec teinture de musc.)

Le reste de la journee, l'affaissement alla en augmentant. Le malade succomba le 2, à trois heures du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE

28 heures après la mort.

Embonpoint encore assez considérable ; muscles poisseux et livides.

Rien de remarquable dans l'encéphale et dans ses enveloppes ; quelques gouttes de sérosité limpide dans les ventricules latéraux ; une demi-once environ à la base du crâne.

Thorax. Un peu de sérosité très-rouge dans chaque plèvre ; poumons livides, engoués à leur partie postérieure ; un peu de sang liquide dans le cœur.

Abdomen. La surface interne de l'estomac offre, le long de la petite courbure, une longue bande rougeâtre formée par des vaisseaux injectés, autour desquels existent de petits points rouges.

L'intestin grêle, ouvert dans toute son étendue, est parfaitement blanc et sain jusque dans l'étendue d'un pied environ au-dessus du cœcum. Dans ce dernier espace, l'on trouve huit à dix ulcérations petites et superficielles, n'ayant pas (terme moyen) plus d'une à deux lignes de diamètre en tout sens ; leur fond est blanc, formé par le tissu lamineux ; leurs bords, frangés, sont d'un rouge livide ; les intervalles qui les séparent sont généralement blancs, excepté dans quelques points, peu nombreux, où l'on observe quelques vaisseaux sanguins et deux ou trois élevures. Les ulcérations précédentes sont vraisemblablement la terminaison de cet exanthème. La valvule iléo-cœcale présente une teinte livide ; la surface

interne du cœcum, du colon ascendant et du colon transverse, est blanche. A l'union du colon transverse et de la portion descendante du même intestin existe une large plaque rouge, dont la couleur réside dans la muqueuse. Cette inflammation existe dans l'étendue de trois travers de doigt en longueur ; le reste de l'intestin est blanc.

Cette observation est une de celles où, depuis le premier jour où nous vîmes le malade jusqu'à la mort, les accidents nerveux furent les plus prononcés. Quelle maladie mérite mieux le nom de fièvre maligne ou ataxique par la mobilité et la rapide succession de ses phénomènes ? toutes les grandes fonctions du système nerveux sont tour-à-tour lésées ; toutes les formes du délire se montrent alternativement ; du jour au lendemain la sensibilité est successivement exaltée, abolie, pervertie ; le trouble de la motilité se manifeste tour-à-tour par la rétraction des lèvres, leurs mouvements convulsifs, les secousses comme tétatiques de tout le tronc, les mouvements désordonnés des yeux, les contractions involontaires des muscles masticateurs, enfin des symptômes cataleptiques. Les fonctions de la vie nutritive sont aussi lésées, et ce trouble est encore un effet de l'altération du système nerveux. Comment expliquer autrement, par exemple, et la dyspnée et la suspension de la sécrétion urinaire ?

Dans cette maladie, les symptômes les plus saillants indiquaient donc une affection primitive des centres nerveux ; cependant, au milieu de ces symptômes se montraient trois phénomènes qui devaient reporter notre attention sur les voies digestives ; c'étaient, d'une part, les fuliginosités de la langue et des dents ; c'étaient, d'autre part, le ballonnement

de l'abdomen et la diarrhée. L'ouverture du cadavre ne montra effectivement rien d'appréciable dans le cerveau et ses annexes, tandis que dans le tube digestif existaient ces mêmes lésions que nous n'avons vu manquer dans aucune des observations précédentes. Sans doute ces lésions étaient légères en comparaison des graves désordres fonctionnels observés pendant la vie; mais plus nous avançons, et plus nous pouvons voir que c'est moins de leur intensité que de leur existence constante que ces lésions empruntent leur importance. Il n'y avait plus ici que quelques traces de l'exanthème; la couche folliculeuse était détruite dans presque tous les points où elle avait été malade, et presque partout il n'existait plus que des ulcérations.

N'oublions pas de noter, quelle que soit la conséquence qu'on en veuille tirer, que le sang trouvé dans le cœur était liquide, et rapprochons de cette circonstance l'épanchement sanguinolent dont chacune des plèvres était le siége.

XIXe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Au début, fièvre remittente quotidienne avec signes évidents d'irritation gastro-intestinale; plus tard, symptômes adynamiques, précédés d'abondantes épistaxis. Saignées, vésicatoires; boissons délayantes. Mort le vingtième jour. Follicules de l'iléum, du cœcum et du colon, tuméfiés et ulcérés. Infiltration purulente du lobe inférieur du poumon gauche, gangrène du lobe supérieur du même poumon.

Un porteur d'eau, âgé de vingt-cinq ans, arrivé de la Savoie depuis trois mois, tempérament sanguin, constitution forte, fut pris dans la soirée du 17 janvier 1822 de frissons qui se prolongèrent pendant la nuit; le lendemain sentiment de malaise, diminution de l'appétit; retour des frissons le

soir; même état jusqu'au dix; alors coliques, déjections alvines fréquentes; il ne fit aucun traitement jusqu'au 24; il entra alors à l'hôpital.

État du 25 (neuvième jour) : face rouge, animée, yeux brillants; soif; anorexie; langue rouge sur les bords et à la pointe, enduite d'un mucus jaunâtre au centre; bouche amère; ventre indolent, un peu tuméfié; sept à huit selles en vingt-quatre heures; toux légère; pouls plein et fréquent; peau chaude et sèche. (*Saignée de quatre palettes; tisane d'orge édulcorée; diète.*)

Le 26, le sang présenta un gros caillot recouvert d'une couenne dense et épaisse; quatorze selles; même état d'ailleurs. (*Saignée de deux palettes.*)

Dans la soirée du 26, redoublement de fièvre très-violent. (*Troisième saignée* qui ne fut que d'une palette, le malade étant tombé en syncope.)

Le 27, légère épistaxis; le soir, fièvre violente. (*Saignée de deux palettes.*) Le sang présenta un petit caillot recouvert d'une couenne mince et molle.

Le 28, épistaxis; face encore rouge; yeux brillants, mais cependant abattement des traits; réponses lentes; même état de la langue; soif ardente; ventre un peu météorisé; treize à quatorze selles avec colique. Pouls fréquent; peau moite. (*Tisanes émollientes.*)

Le 29, abondante épistaxis; affaissement; plaintes continuelles; toux sans expectoration; respiration un peu précipitée; matité légère et râle crépitant à gauche en arrière dans toute l'étendue à peu près du lobe inférieur. (*Vingt-quatre sangsues sur le côté gauche du thorax; deux vésicatoires aux jambes.*)

Les 30 et 31, épistaxis, prostration; face pâle; même état de la respiration; même résultat par la percussion et par l'aus-

cultation ; expectoration catarrhale ; diarrhée aussi abondante. (*Vésicatoire sur la poitrine.*)

Le 1er février, trouble de l'intelligence ; épistaxis.

Le 2, épistaxis très-abondante depuis trois heures du matin ; faiblesse extrême ; face pâle et abattue ; langue blanche et humide ; respiration plus libre ; persistance de la toux, du météorisme et de la diarrhée ; pouls très-fréquent et très-faible. (*Tamponnement des cavités nasales ; eau de riz gommée.*)

Le 3, agitation la nuit ; yeux animés ; loquacité ; mouvements continuels de la mâchoire inférieure ; pouls faible, très-fréquent ; langue humide et blanche. (*Sinapismes.*)

Le 4, langue blanche, mais sèche, avec quelques plaques noires ; dents fuligineuses ; pouls très-faible, cent pulsations.

Le 5, prostration extrême ; gémissements continuels ; intégrité de l'intelligence ; excrétions alvines involontaires ; respiration haute et bruyante ; la vessie distendue remonte jusqu'à l'ombilic ; l'urine sort par regorgement ; pouls très-faible, cent quarante pulsations. (*Décoction de polygala gommée ; vésicatoire sur le sternum ; sinapismes aux cuisses.*)

Mort à onze heures du matin.

Crâne. Cerveau sain.

Thorax. Adhérences intimes des plèvres costale et pulmonaire du côté gauche. Le lobe inférieur du poumon gauche était dense, brunâtre, et laissait écouler à l'incision un mélange de sang et de pus. Au centre du lobe supérieur, qui était sain, se trouvait une cavité pouvant loger un gros œuf de poule. Sa surface était aréolée, brunâtre, elle contenait une sorte de bouillie d'un gris-verdâtre, d'une fétidité gangréneuse.

Abdomen. Muqueuse gastrique très-blanche dans toute son étendue, ayant son épaisseur et sa consistance ordinaires; pâleur remarquable de la membrane muqueuse de l'intestin grêle dans ses quatre cinquièmes supérieurs. Dans le cinquième inférieur apparaissent de nombreuses élevures, dont le diamètre varie depuis trois jusqu'à six lignes. Leur couleur est d'un rose pâle. Le centre de quelques-unes est ulcéré; dans l'étendue de quelques travers de doigt au-dessus de la valvule on trouve plusieurs ulcérations du diamètre d'une pièce de quarante sous. La muqueuse qui forme leurs bords est rouge et boursouflée.

La surface interne du cœcum et du colon est parsemée d'élevures anologues à celles de l'intestin grêle, mais plus confluentes, et ulcérées à leur centre pour la plupart. La membrane muqueuse est rouge dans toute son étendue, tandis qu'elle était blanche dans l'intestin grêle.

Les ganglions lymphatiques, correspondant aux portions d'intestins malades, sont gonflés, et leur tissu est rouge.

La vessie, distendue par l'urine, s'étend jusqu'au niveau de l'ombilic. Sa membrane interne est légérement injectée.

Essayons de faire ressortir les phénomènes les plus remarquables de cette maladie.

Elle atteint un homme d'une constitution forte, récemment arrivé à Paris. Elle débute par des frissons qui reviennent chaque soir pendant trois jours consécutifs; le dévoiement s'établit le troisième jour; le malade garde le repos, sans prendre aucun médicament, jusqu'au neuvième jour. Alors la langue est rouge, le dévoiement considérable, le ventre indolent, le pouls fébrile; les forces sont bien conservées; les trois jours

suivants, 25, 26 et 27 janvier, trois saignées sont pratiquées, elles sont couenneuses; aucun amendement n'a lieu. Les 27, 28 et 29, épistaxis chaque jour; la face commence à exprimer l'abattement. Le 29, symptômes de pneumonie; sangsues sur la poitrine, vésicatoires aux jambes. Du 30 janvier au 5 février, épistaxis assez abondante pour exiger le tamponnement; dès ce moment, prostration de plus en plus grande; *sécheresse* et en même temps *pâleur* de la langue; dyspnée, paralysie de la vessie, faiblesse et fréquence extrême du pouls; mort.

Pour expliquer ces divers symptômes, nous ne découvrons rien dans les centres nerveux; mais nous trouvons dans l'intestin la maladie ordinaire des follicules à la double période d'exanthème et d'ulcérations. L'estomac est exempt de toute lésion, bien que la langue eût été sèche et noire. Nous trouvons de plus deux altérations différentes dans le poumon gauche; inférieurement une pneumonie terminée par suppuration; supérieurement une cavité qui, creusée au milieu du parenchyme pulmonaire, présentait tous les caractères de la gangrène du poumon, tels que les a décrits Laennec, lorsqu'une excavation résulte du ramollissement et de la fonte putrilagineuse de la portion de poumon frappée de gangrène. Cette cavité ne communiquait encore avec aucune bronche; aussi les crachats n'offrirent-ils aucun caractère particulier. Mais qu'était devenu la matière gangrenée? avait-elle passé par absorption dans le torrent circulaire? à quelle époque se forma cette gangrène? Dans l'impossibilité où nous sommes de répondre à ces questions avec quelque sévérité, nous ferons seulement remarquer ici que la véritable gangrène du poumon ne se voit que très-rarement dans les maladies appelées *fièvres graves*, et que par conséquent tout ce qu'on trouve écrit dans les anciens auteurs sur la fréquence de la gangrène des poumons en pareil cas ne saurait se justifier par l'observation.

Dans ce cas, d'ailleurs, comme dans tous ceux qui ont été précédemment cités, la pneumonie eût été méconnue, si la poitrine n'eût été percutée et auscultée. On ne saurait donc trop engager les praticiens à exercer le plus souvent possible la percussion et l'auscultation chez les malades atteints de fièvres graves. Ce n'est, dans le plus grand nombre des cas, qu'en ayant recours à cette double méthode d'investigation qu'ils seront avertis de l'existence de ces pneumonies intercurrentes, si insidieuses dans leur invasion, si obscures dans leur marche et dans leurs symptômes, si funestes dans leurs résultats.

Il nous paraît remarquable que ce soit à la suite de saignées pratiquées trois jours de suite, et qui ne purent enrayer la maladie, que survinrent ces abondantes épistaxis dont l'apparition précéda celle des symptômes adynamiques. Nous insistons d'autant plus volontiers sur cette succession de phénomènes, que ce n'est pas la seule fois que nous l'avons observée. Dans l'hiver de 1829, en particulier, nous avons vu chez cinq élèves en médecine atteints d'une fièvre continue légère, de larges saignées, pratiquées coup sur coup, être suivies d'épistaxis répétées, qui furent elles-mêmes comme le prélude d'un état ataxique ou adynamique des plus graves. Chez deux d'entre eux, peu de temps après que furent survenues ces épistaxis, nous vîmes s'ulcérer plusieurs piqûres de sangsues. Chaque ulcération était arrondie, et semblait avoir été faite comme par un emporte-pièce. Ces deux individus succombèrent. Nous croyons que, plus on aurait tiré de sang à ces malades, plus on aurait augmenté la tendance de toutes les parties irritées à l'ulcération.

XXe OBSERVATION.

Séjour à Paris depuis huit mois. Violente céphalalgie au début, puis fièvre rémittente double-tierce, transformée bientôt en continue. Symptômes ataxo-adynamiques, précédés d'épistaxis et de pétéchies. Médication tonique : état de plus en plus grave. Mort le vingt-troisième jour. Ulcérations vers la fin de l'intestin grêle, avec débris de la couche folliculeuse gangrénée au fond de l'une d'elles. Follicules du gros intestin plus apparents que de coutume. Muqueuse gastrique pointillée : injection de l'encéphale et des méninges. Granulation osseuse dans le cerveau.

Un tailleur, âgé de dix-huit ans, cheveux châtains, peau blanche, muscles grêles, habitant Paris depuis huit mois, se nourrissant bien, menant une vie régulière, et jouissant habituellement d'une bonne santé, ressentit d'abord pendant huit jours, sans cause connue, une violente céphalalgie qui occupait surtout la partie supérieure de la tête; en même temps son appétit se perdit, ses forces diminuèrent. Le 11 août, il fut pris, entre huit et neuf heures du matin, d'un grand frisson auquel succédèrent de la chaleur et de la sueur; celle-ci fut terminée à midi. Le reste de la journée, il se sentit comme les jours précédents; il dormit bien. Cependant, le 12, en se réveillant, il se trouva si mal à son aise qu'il ne se leva pas; à quatre heures du soir il eut du frisson; la nuit il sua abondamment. Nous le vîmes dans la matinée du 13. Il n'avait plus mal à la tête; la face était remarquable par sa pâleur; la langue était blanche à son centre, pointillée, d'une rougeur uniforme à sa pointe; la soif était vive; la pression faisait naître un peu de douleur à l'épigastre. Une selle liquide avait eu lieu depuis vingt-quatre heures. Le pouls était fréquent, la peau en sueur. D'après le récit du malade, d'après son état, on pouvait le

croire atteint d'une fièvre rémittente double-tierce ; le frisson devait survenir dans une ou deux heures ; mais le malade n'en eut aucun ressentiment. Il resta toute la journée dans le même état que le matin. Il but de la tisane d'orge avec addition de sirop tartareux. La diarrhée augmenta considérablement ; il alla neuf fois à la selle sans douleur jusqu'au lendemain matin. Il sua le soir, et dormit assez bien la nuit.

Dans la matinée du 14, il vomit ses tisanes. Une abondante épistaxis eut lieu. Quelques taches typhoïdes apparurent sur le thorax et l'abdomen. Le pouls était fréquent et faible ; la peau moite.

Dans la soirée, il eut un fort redoublement sans frisson initial ; la nuit, la sueur fut très-abondante.

Le 15, deuxième épistaxis, fièvre intense, disparition presque complète des taches ; profonds soupirs de temps en temps. Une selle depuis hier matin. Ventre indolent, langue blanchâtre. Redoublement le soir.

A la visite du 16, même état. Deux selles. Le soir, le malade délira pour la première fois. Il ne sua pas.

Dans la matinée du 17, son état s'était singulièrement aggravé : ses traits étaient affaissés ; l'œil semblait comme égaré, la face était plombée. Les pétéchies avaient reparu, elles couvraient le thorax et l'abdomen ; la peau de ces parties avait une chaleur brûlante, supérieure à celle du reste du corps ; la peau du front, des joues et du nez étaient froides ; le pouls, petit, fuyant sous le doigt, avait une fréquence extrême. Deux selles liquides avaient eu lieu ; la langue conservait son humidité.

Jusqu'à ce jour le malade n'avait pris que de l'eau d'orge, des lavements émolliens ; il avait observé une diète sévère. M. Lerminier prescrivit une pinte d'infusion de quinquina, deux vésicatoires aux jambes, un lavement camphré.

Le malade délira toute la nuit ; il vomit une assez grande quantité de bile jaune.

Le 18, la teinte de la face, plombée, livide, présentait un aspect de plus en plus adynamique. Les lèvres, décolorées, étaient aussi pâles que celles d'un cadavre. La langue s'était séchée et avait bruni à son centre. Le nombre des selles restait le même. La chaleur de la peau était répartie aussi inégalement que la veille ; les joues étaient plus froides. Le pouls conservait le même caractère ; cependant le malade avait encore assez de force pour se lever seul, se placer sur le bassin et remonter dans son lit. Il était évident que depuis la veille l'état du malade s'était aggravé. On persista cependant dans l'emploi des toniques, et on ajouta à la prescription de la veille une potion gommeuse avec addition de deux gros d'extrait de quinquina.

Délire dans la soirée et une partie de la nuit.

Le 19, l'expression des yeux et du reste de la face était meilleure ; le décubitus avait lieu sur le côté comme dans l'état de santé ; les mouvements étaient libres et annonçaient encore par leur vivacité une assez grande énergie ; les facultés intellectuelles étaient nettes ; mais le malade, par suite d'une aberration de sensibilité assez commune dans les fièvres graves, accusait de vives douleurs en quelque endroit du corps qu'on le touchât. La langue était sèche comme un morceau de parchemin. Les pétéchies étaient très-multipliées. (*Infusion de quinquina, potion gommeuse avec deux gros d'extrait ; lavement de quinquina et de camphre ; deux nouveaux vésicatoires.*)

L'agitation fui beaucoup moindre la nuit que les précédentes. Mais dans la matinée du 20 nous trouvâmes pour la première fois le malade plongé dans un assoupissement dont on ne le tirait qu'avec peine ; il ne répondait qu'en balbu-

tiant ; il avait lâché sous lui. Sa potion avait été vomie. (*Deux pintes d'eau d'orge avec un quart de vin, potion gommeuse avec addition de vin de quinquina et de sirop de quinquina, de chaque deux onces ; lavement de quinquina camphré : fomentation sur les cuisses et sur le ventre avec le vin aromatique; diète.*)

Le soir, on fut obligé d'attacher le malade, parce que dans son délire il arrachait ses vésicatoires.

Le 21, la langue, les dents et les lèvres étaient fortement encroûtées ; le ventre était ballonné ; une ou deux selles involontaires avaient eu lieu ; les taches étaient très-petites, brunes ; les yeux restaient ouverts, mais ils exprimaient l'indifférence la plus complète. Le malade avait refusé de boire sa potion. On remplaça dans la potion le vin et le sirop par trente grains de sulfate de quinine.

Le 22, le malade ne proférait plus aucune parole, mais il répondait par signes et de l'air le plus indifférent. Même état du reste. M. Lerminier supprima la potion : il fit placer un vésicatoire à la nuque.

Le 23, prostration de plus en plus grande ; dilatation extrême des pupilles; surface des vésicatoires livide et saignante. La potion suivante fut prescrite :

Eau de menthe.	4	*onces.*
Extrait sec de kina.	2	*gros.*
Sirop d'éther.	2	*onces.*

L'infusion de quinquina fut supprimée : la tisane d'orge légèrement vineuse, le lavement de quinquina camphré, et les fomentations aromatiques, furent continués.

Jusqu'à ce jour les symptômes adynamiques avaient prédominé ; mais, le 24, les phénomènes nerveux devinrent à leur tour plus prononcés. La tête du malade était agitée d'un mouvement continuel de droite à gauche, et de gauche à

droite ; ses yeux avaient tout-à-fait l'expression de ceux d'un idiot. Interrogé, il ne répondait pas, bien qu'ayant l'air d'écouter et de comprendre. Mais en même temps, chose remarquable, la langue, les dents et les lèvres s'étaient un peu nettoyées et humectées ; le pouls était fréquent et très-faible : la peau peu chaude ; on n'apercevait plus que quelques taches éparses. (*Même prescription.*)

Dans la journée d'abondantes évacuations alvines eurent lieu involontairement.

Le 25, propos sans suite ; agitation continuelle des bras et des jambes : yeux hagards, roulant continuellement dans l'orbite ; soubresauts des tendons ; langue de nouveau sèche et noire.

Le 26, le malade était à l'agonie ; il succomba à neuf heures du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. L'arachnoïde de la convexité des hémisphères présentait une assez vive injection. Le cerveau était fortement piqueté. Une cuillerée à café de sérosité limpide existait à peine dans chaque ventricule. Une petite granulation, de consistance osseuse, du volume d'un pois, était implantée dans la substance de l'hémisphère gauche, un peu derrière la scissure de Sylvius, et près de leur superficie.

Thorax. Rien de remarquable.

Abdomen. La surface interne de l'estomac était parsemée, dans son grand cul-de-sac, d'une foule de points rouges agglomérés, dont la couleur résidait dans la muqueuse, assez consistante d'ailleurs.

L'intestin grêle, ouvert dans toute son étendue, était blanc partout. Seulement, un peu au-dessus de la valvule iléo-cœ-

cale, apparaissaient quatre ulcérations. Deux à bord et à fond rouge auraient pu admettre à peine un pois ordinaire. Les deux autres pouvaient recevoir une pièce de vingt sous. Du fond de l'une de ces dernières faisait saillie une petite eschare jaunâtre, que son adhérence au tissu lamineux ne permettait pas de confondre avec un amas de matières fécales.

La surface interne du colon, dans toute son étendue, était parsemée d'un assez grand nombre de petites élevures, faisant au-dessus de la muqueuse une saillie très-légère, plus sensible à la vue qu'au toucher, à cause de leur couleur d'un blanc plus mat que le reste de la muqueuse. Exactement arrondies, elles avaient à peine une ligne de diamètre : un point noir existait à leur centre. C'étaient des follicules plus développés que de coutume.

La lésion intestinale est ici encore moins considérable que dans aucune des observations précédentes ; cependant elle existe très-bien caractérisée ; on ne trouve qu'en un seul point de l'intestin grêle, au fond d'une ulcération, quelque trace de l'exanthème. C'est donc l'existence de cette lésion, beaucoup plus que son intensité, ou que son degré, qu'il faut s'occuper de constater ; car, intense ou légère, à la période d'exanthème ou à la période d'ulcération, elle coïncide avec des symptômes dont la gravité et la nature ne sont plus d'une fois nullement en rapport, soit avec ses divers degrés d'intensité, soit avec ses diverses périodes.

Les phénomènes nerveux observés dans les derniers temps peuvent s'expliquer, dans ce cas particulier, par la congestion sanguine assez forte que présentèrent après la mort le cerveau et ses membranes. Mais nous avons vu d'autres fois

ces mêmes phénomènes, sans aucune trace de congestion cérébrale.

Une forte céphalalgie marqua le début de cette maladie; et ici, comme dans l'observation précédente, plusieurs épistaxis précédèrent l'apparition des phénomènes ataxo-adynamiques; mais dans le cas actuel aucune saignée n'avait été pratiquée avant la manifestation des hémorrhagies nasales; sous ce rapport il peut être utile de rapprocher cette observation de la précédente.

Cette observation n'est pas non plus la première où nous voyons la maladie présenter à son début une forme rémittente bien prononcée; ici il y eut seulement deux accès très-bien caractérisés, qui offrirent le type double-tierce. Après le deuxième accès le frisson ne reparut plus, et la fièvre devint simplement continue, avec un violent redoublement chaque soir, sans frisson initial, mais avec sueur vers la fin. En même temps diarrhée abondante, épistaxis, pétéchies; celles-ci se flétrissent tout-à-coup, la diarrhée cesse, la fièvre semble un instant survivre à toute espèce de lésion locale; du délire survient pour la première fois pendant le redoublement du soir; celui-ci ne se termine pas par une sueur comme les jours précédents; et, soit qu'il y ait ou non quelque rapport entre ce défaut de sueur et l'exaspération de la maladie, l'on observe dès le lendemain un ensemble bien prononcé de symptômes ataxo-adynamiques. En même temps les pétéchies reparaissent. Les toniques sont alors administrés et portés rapidement à une forte dose; chaque jour cependant nous voyons s'accroître l'intensité des symptômes; la langue, humide jusqu'alors, se sèche et se noircit; l'abdomen se météorise de plus en plus, les pétéchies brunissent; la surface des vésicatoires devient livide et saignante; vers la fin, les symptômes d'excitation nerveuse deviennent prédominants,

les pétéchies disparaissent de nouveau, et en même temps, chose remarquable, la langue devient tout-à-coup nette et humide; mais les autres symptômes n'en persistent pas moins; de nouveau la langue noircit et le malade succombe.

XXIe OBSERVATION.

Ancien séjour à Paris. Veilles et fatigues antécédentes. D'abord simple courbature, puis fièvre continue légère, devenant plus grave à mesure que se dessinent les symptômes d'une double irritation pulmonaire et gastro-intestinale. Retour subit de la prostration, et mort le trente-unième jour au milieu d'un état apparent de demi-convalescence. Ulcérations à la place occupée normalement par les follicules de l'iléum. Couleur noire et ramollissement par plaques de la muqueuse intestinale. Pneumonie.

Un doreur sur métaux, âgé de dix-sept ans, d'une constitution faible et lymphatique, habitant Paris depuis quelques années, se livra, pendant plusieurs jours consécutifs, à des travaux excessifs qui se prolongeaient une grande partie de la nuit. Le 26 décembre 1821, il éprouva des frissons dans la soirée; son sommeil fut pénible et agité. Le lendemain et les trois jours suivants il se livra à son travail ordinaire; mais de temps en temps une fatigue insolite le forçait à se reposer. Alors il était pris de frisson, suivi de chaleur et d'agitation. Le 3 janvier, il s'alita. A cette époque, chaleur incommode de tout le corps, soif, perte complète d'appétit, sentiment de faiblesse, frisson le soir, insomnies, constipation. Cet état fut le même pendant six jours. Se trouvant plus malade, le 10 janvier, il fit appeler un médecin, qui prescrivit vingt sangsues à l'anus, un lavement émollient et l'eau de gomme. Ces moyens le soulagèrent peu. Le 12 il entra à l'hôpital.

État du 13: sentiment de faiblesse, pas de céphalalgie, face

pâle ; langue humide, blanche au centre, rouge sur les bords et à la pointe ; soif, anorexie, ventre souple et indolent, constipation ; pouls de fréquence médiocre, un peu raide ; peau chaude et sèche. Dans cet état de choses, aucune indication précise ne se présentait à remplir. (*Tisane d'orge, lavement de guimauve.*)

Le 14 et le 15, le malade se trouva mieux. Il était moins abattu, la peau s'humecta, le pouls devint souple, une selle eut lieu en vingt-quatre heures. (*Même prescription.*)

Le 16, la face était animée, la fièvre plus forte. Le malade toussait sans cracher ; la respiration était un peu accélérée. La poitrine percutée rendit un son un peu mat à la partie postérieure inférieure du côté gauche du thorax ; là aussi s'entendait le râle crépitant. Ces symptômes évidents de pneumonie furent combattus par l'application de quinze sangsues sur le côté gauche. (*Boissons adoucissantes.*)

Le 17, le son était plus mat à gauche ; le râle crépitant était moins prononcé et sans mélange du bruit naturel de la respiration. Les crachats étaient transparents, visqueux, un peu rouillés ; les inspirations étaient courtes et rapprochées. La pneumonie paraissait marcher vers l'hépatisation. D'un autre côté, l'abattement était plus grand, la face était pâle, prostrée, le pouls plus fréquent et plus faible, la peau sèche et sans chaleur, le ventre ballonné, toujours indolent ; la langue conservait son humidité ; une seule évacuation alvine avait eu lieu à la suite de l'administration d'un lavement émollient. Cette débilité générale, cette absence de réaction semblaient contre-indiquer l'emploi des émissions sanguines ; un large vésicatoire fut appliqué sur le côté gauche du thorax. L'action de la peau fut sollicitée par dix grains de poudre de Dower. (*Tisane de violette, lavement de camomille.*)

Le 18, tout avait empiré. L'absence complète de respiration

du côté gauche, et en même temps la disparition du râle crépitant annonçait l'hépatisation du lobe inférieur du poumon; l'expectoration était supprimée ; la gêne de la respiration avait augmenté; un dévoiement modéré avait remplacé la constipation des jours précédents (cinq selles séreuses). La teinte plombée de la face annonçait les progrès de la prostration. (*Sinapismes aux pieds.*)

Rien de nouveau le 19; application d'un vésicatoire à une cuisse.

Le 20, la respiration était plus libre, l'expectoration était rétablie; mais la langue fut trouvée sèche pour la première fois; le météorisme était considérable; la diarrhée continuait. Ainsi, l'amélioration qui avait lieu du côté de la poitrine ne semblait s'être opérée qu'aux dépens des organes du ventre.

Les 21 et 22, délire de temps en temps; même état du reste. (*Tisanes émollientes.*)

Le 23, une amélioration sensible existait; rien ne semblait l'annoncer la veille; aucun phénomène critique n'en rendit compte; la peau en particulier avait conservé sa sécheresse. L'intelligence était nette; la langue s'était humectée; le météorisme avait diminué, ainsi que le dévoiement. Du côté de la poitrine, l'amendement n'était pas moins marqué; la respiration était libre, la toux rare, l'expectoration catarrhale. Cependant le son mat et l'absence de la respiration persistaient. Ainsi la pneumonie était loin d'être résolue; mais elle passait à l'état chronique. Le pouls restait fréquent et faible. Soutenir les forces sans produire l'irritation d'aucun organe, telle paraissait être l'indication à remplir. Des frictions aromatiques furent faites sur les membres plusieurs fois le jour. Le vésicatoire de la cuisse fut séché; celui de la poitrine entretenu. A l'intérieur, la tisane d'orge gommée, l'eau de riz et quelques bouillons furent donnés. Du 24 au 28, l'état du malade devint

de plus en plus satisfaisant. Le 27, il n'y avait plus d'autre symptôme du côté des voies digestives qu'une très-légère diarrhée. (Deux selles liquides en vingt-quatre heures.) Les forces étaient relevées; la face avait un aspect excellent: la matité du son, l'absence de la respiration, étaient les seuls signes qui indiquassent que la pneumonie n'était point résolue; d'elle seule paraissait dépendre la persistance d'une légère fréquence dans le pouls, sans chaleur à la peau; mais tout semblait promettre que le temps, aidé des soins convenables, opérerait peu à peu la résolution de cette phlegmasie latente.

Quel ne fut pas notre étonnement, lorsque dans la matinée du 28 nous trouvâmes le malade dans un état plus grave qu'il n'avait jamais été! Face cadavéreuse, gémissements continuels, demi-coma; pas de réponse aux questions; pouls très-fréquent, filiforme. Des évacuations alvines nombreuses avaient eu lieu pendant la nuit. Nous ne pûmes attribuer à aucune cause cette rechute, qui fut aussi subite et aussi imprévue que l'avait été l'amélioration du 23.

Le malade succomba peu d'heures après la visite, le trente-unième jour de l'invasion de la fièvre continue, et le douzième jour de la pneumonie.

OUVERTURE DU CADAVRE

32 heures après la mort.

Absence complète de graisse sous la peau et autour des organes où elle est ordinairement accumulée.

Crâne. Cerveau sensiblement plus consistant que de coutume; ventricules contenant environ une cuillerée à bouche de sérosité limpide.

Thorax. Le lobe inférieur du poumon gauche dans les trois

quarts environ de son étendue, la base du poumon droit dans une couche de deux travers de doigt d'épaisseur, présentaient à la section un tissu rouge uniforme, d'où s'écoulait un liquide sanieux. Ce tissu, facilement déchirable, ne crépitait pas et ne surnageait point à l'eau. Les poumons, dans le reste de leur étendue, étaient très-sains.

Abdomen. Des gaz distendaient l'estomac. Sa surface interne était blanche, excepté en quelques points isolés où existait de la rougeur sous forme de lignes ou de petites plaques. Ces diverses parties rouges, réunies, égalaient au plus le diamètre d'une pièce de quarante sous. Leur couleur résidait dans la membrane muqueuse, qui là était un peu ramollie.

Les trois quarts supérieurs de l'intestin grêle, remplis d'un liquide jaune et visqueux, étaient d'une blancheur remarquable. Au commencement du quart inférieur on apercevait des plaques noires ayant leur siége dans la membrane muqueuse épaissie et ramollie. Au centre de quelques-unes on voyait une légère solution de continuité de la muqueuse. Dans d'autres, cette solution de continuité était plus profonde, plus étendue ; son fond était formé par un tissu lamineux, qui avait conservé sa blancheur. A mesure que l'on approchait de la fin de l'intestin grêle, ces plaques et ces ulcérations devenaient plus confluentes. Immédiatement au-dessus de la valvule iléo-cœcale et dans le cœcum existait un autre genre d'ulcérations ; leurs bords étaient rouges et boursouflés ; la tunique charnue en constituait le fond. Dans l'intervalle de ces diverses lésions la membrane muqueuse était blanche. Des gaz distendaient les trois portions du colon, dont la surface interne était blanche. L'*S* iliaque était contractée. La membrane muqueuse présentait des plis rouges. Les ganglions mésentériques, qui correspondaient au tiers inférieur de l'intestin grêle, étaient rouges et tuméfiés.

Le malade qui fait le sujet de cette observation diffère de plusieurs des précédents, en ce que depuis long-tempss il habitait Paris lorsque sa santé commença à se déranger. Le début de la maladie est digne de remarque : en réfléchissant à la nature des accidents qu'éprouva d'abord cet individu, ne semble-t-il pas qu'on doive surtout les rapporter à un épuisement de l'innervation, produit chez lui par les veilles, par les travaux pénibles auxquels il s'était livré ? Ce sont ces mêmes accidents qu'on voit survenir chez d'autres individus, soit à la suite de fortes émotions morales, soit après de grandes fatigues intellectuelles, soit après des excès vénériens, etc. Dirons-nous donc qu'il y a d'abord dans ces différents cas, *affection générale ?* Quoi de moins convenable en cette circonstance qu'une pareille expression, et quelle affection est mieux localisée que celle qui consiste dans un dérangement primitif des centres nerveux !

Cependant chez notre malade, comme chez la plupart de ceux qui, par une des causes que nous venons de rappeler, font, si je puis ainsi dire, une trop grande dépense d'innervation, un moment ne tarda pas à arriver où plusieurs organes s'irritèrent ; ce furent spécialement chez lui l'appareil respiratoire et les voies digestives. Une fois que ces organes furent devenus le siége d'une congestion, on devait prévoir qu'elle n'aurait pas une résolution facile et qu'elle tendrait à d'autres terminaisons ; on devait craindre aussi qu'elle ne produisît des accidents nerveux plus ou moins graves ; car c'est communément ce qu'on observe lorsqu'une inflammation sévit chez un individu placé dans des conditions pareilles à celles auxquelles avait été soumis notre malade.

Aucun symptôme grave n'accompagna d'abord la double congestion dont les membranes muqueuses pulmonaire et gastro-intestinale devinrent à peu près simultanément le siége ;

cependant l'irritation de la membrane muqueuse aérienne s'étendit aux dernières ramifications bronchiques, gagna les vésicules pulmonaires, et à peine l'ausculation eut-elle fait reconnaître une pneumonie, qu'on vit le malade tomber dans une prostration de plus en plus grande. Nul doute que cette pneumonie n'ait ici fortement contribué à produire l'état adynamique; c'est ce qui arrive chez beaucoup de vieillards qu'on voit aussi s'*adynamiser* très-promptement, lorsqu'ils viennent à être frappés de pneumonie. Cependant les voies digestives avaient aussi leur part dans la production de cette adynamie, ainsi que l'attestaient et le météorisme et la diarrhée qui s'était établie.

Ainsi voilà trois périodes dans cette maladie : dans une première, le dérangement de la santé résulte d'une fatigue prolongée de l'innervation, tout ce qu'on observe peut s'expliquer par cette fatigue, et rien ne prouve qu'il y ait autre chose.

Dans une seconde période, les voies respiratoires et digestives s'affectent; mais la maladie n'a encore rien de fâcheux.

Dans une troisième période, la double affection pulmonaire et gastro-intestinale devient plus grave, et cette augmentation de gravité se traduit par un état adynamique.

Cette troisième période ne tarde pas à être remplacée par une autre, dans laquelle la maladie change encore d'aspect. Des signes locaux de l'affection intestinale il ne reste plus qu'une diarrhée très-légère; des signes de la pneumonie il ne reste plus que ceux fournis par la percussion et l'auscultation : enfin des symptômes généraux il reste un très-léger mouvement fébrile ; mais les forces sont relevées et tous les phénomènes d'adynamie ont disparu.

Cette quatrième période semblait devoir conduire le malade à une franche convalescence; l'on pouvait espérer la résolution complète, bien que lente, de l'inflammation pulmonaire

et intestinale, lorsque tout-à-coup la scène change: sans cause connue, la diarrhée redevient subitement très-abondante; en même temps la prostration est portée sur-le-champ au dernier degré, et le malade meurt, présentant un ensemble de symptômes qui se rapprochent assez de ceux du choléra-morbus.

L'ouverture du cadavre montra dans l'intestin des lésions qui y existaient certainement avant l'apparition des derniers accidents. Ces lésions étaient encore très-intenses; elles étaient beaucoup plus considérables que celles que nous ont présentées d'autres individus morts avec des symptômes ataxiques ou adynamiques. Ces symptômes avaient aussi existé chez notre malade; mais ils avaient disparu, bien que la lésion intestinale fût encore très-intense, comme avait disparu chez lui la dyspnée, bien qu'à l'époque de la mort une bonne partie du parenchyme pulmonaire fût encore hépatisée. Remarquons l'état des ulcérations du cœcum, dont les bords étaient encore très-rouges, et qui étaient encore assez profondes pour que leur fond fût constitué par la tunique musculaire dépouillée de la couche celluleuse qui ordinairement la recouvre.

Quant aux symptômes de la cinquième période, comment nous en rendre compte? furent-ils le résultat d'une récrudescence d'inflammation des ulcérations du cœcum, d'où retour d'une diarrhée abondante, résolution des forces, et mort?

Quoi qu'il en soit, en voyant cet individu reprendre des forces et marcher vers la convalescence, qui aurait pu croire qu'il avait encore d'aussi graves lésions dans l'intestin? qui aurait pu croire qu'il ne pouvait encore respirer que par une partie de son poumon? d'après l'ensemble des symptômes, soit locaux, soit généraux, qui n'aurait pas porté un bon pronostic sur la terminaison de la maladie jusqu'à la matinée du 28 décembre?

Ce malade ne fut pas saigné. Tout le traitement se borna à des vésicatoires appliqués sur les membres et sur la poitrine, à des sinapismes, à de simples boissons émollientes, auxquelles furent joints une seule fois dix grains de poudre de Dower, qui ne produisirent pas la sueur. C'est le jour où cette poudre fut administrée que la diarrhée parut pour la première fois.

XXIIe OBSERVATION (1).

Nouveau séjour à Paris. Fatigues et veilles. Lors de l'entrée à l'hôpital, symptômes de pneumonie sans expectoration; plus tard, symptômes ataxo-adynamiques. Sang très-séreux. Traitement antiphlogistique d'abord, puis tonique. Mort le trente-quatrième jour. Follicules intestinaux tuméfiés et ulcérés; eschares au fond de quelques ulcérations. Pâleur remarquable des ulcérations et des élevures; nulle rougeur dans le reste des intestins. Pneumonie. Rate volumineuse et molle.

Une femme, âgée de vingt-trois ans, arrivée à Paris depuis huit mois, domestique, fut prise, sans cause connue, vers le 15 février 1822, de malaise, de fatigue : son appétit diminua, ses règles manquèrent : cependant elle continua à se livrer à ses pénibles occupations jusqu'au 2 mars. A cette époque apparurent de la toux et une douleur au côté droit. On la saigna au bras, et le lendemain de la saignée quinze sangsues furent appliquées sur l'endroit douloureux. L'état de la malade ne

(1) Recueillie par M. Descieux. — Nous saisissons avec plaisir cette occasion pour témoigner notre reconnaissance à ce médecin, qui, dans le cours de nos recherches, n'a cessé de nous aider de son zèle et de ses lumières.

s'améliora pas. Elle entra à la Charité le 9 mars, et présenta, le lendemain à la visite, l'état suivant :

Décubitus sur le dos, face pâle, un peu d'abattement, langue blanche, anorexie, abdomen légérement tuméfié, mou, douloureux à la pression dans le flanc droit ; deux ou trois selles ; toux sans expectoration, douleurs vagues dans la poitrine ; par la percussion, on reconnaît un son mat latéralement, à droite et à gauche au-dessous de la mamelle ; à droite, la respiration ne s'entend pas ; à gauche, elle est râlante ; pouls fréquent, serré ; peau chaude et sèche. (*Tisane d'orge et de violette édulcorée, potion gommeuse; saignée de trois palettes, deux vésicatoires aux jambes dans l'après-midi, diète.*)

Le sang avait une couleur moins foncée que de coutume ; il donnait au linge une teinte d'un rouge très-clair, comme si sa matière colorante eût été étendue d'une grande quantité d'eau. Presque entièrement formé de sérosité, il n'offrait qu'un caillot mince, de la largeur d'une pièce de cinq francs, et sans couenne.

Le 11, délire pendant la nuit, pouls plus faible, respiration peu fréquente ; les autres symptômes n'ont subi aucun changement. Il nous parut vraisemblable que le son mat reconnu à droite dépendait du foie. (*Douze sangsues au côté gauche, deux sinapismes.*)

Le 12, prostration plus marquée, air de stupeur, langue blanche, mais lisse et tendant à se sécher, soif vive ; ventre indolent, météorisé ; diarrhée plus abondante que les jours précédents, toux avec une légère expectoration catarrhale, respiration accélérée, pouls fréquent et faible, peau constamment chaude et sèche. (*Violette gommée, looch avec deux grains de kermès, poudre de Dower, embrocations sur le ventre avec l'huile de camomille, fomentation avec l'infusion*

de camomille; six sangsues derrière chaque oreille, deux vésicatoires aux cuisses.)

Le 13, vomissement après avoir pris une dose de poudre de Dower; délire tranquille la nuit; langue sèche et blanche, augmentation du météorisme; mouvement continuel et involontaire du pouce de la main gauche. Même état du reste. (*Fomentations et embrocations comme les jours précédents; lavement de camomille avec cinq gouttes d'huile essentielle d'anis et douze grains de camphre; douze sangsues sur le côté gauche de la poitrine, quatre sur chaque jugulaire.*)

Le 14, prostration de plus en plus grande; langue blanche, et en même temps sèche et encroûtée, persistance du météorisme et de la diarrhée, toux plus rare, profonds soupirs de temps en temps; pouls très-fréquent, faible et tremblant. (*Infusion aqueuse de quinquina acidulée avec l'acide sulfurique, édulcorée avec le sirop d'œillet, limonade minérale, une tasse de vin.*)

Le 15, nuit assez calme, sans délire; respiration plus haute et bruyante, pouls plus résistant, eschare commençante au sacrum, de la largeur de la paume de la main. (*Large vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine, qui reste mat.*)

Le 16, même état. (*Frictions avec l'alcool camphré.*)

Les 17 et 18, la langue, les lèvres et les dents sont noires et encroûtées, ventre très-ballonné, diarrhée modérée, pouls très-fréquent et très-faible; l'on ajoute à la prescription des jours précédents une potion faite avec six onces de quinquina et une once de sirop de quinquina.

Le 19, la malade ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent; délire tranquille, face très-pâle, langue recouverte de croûtes noires, pâle au-dessous de celles-ci et dans leurs intervalles; le météorisme a fait des progrès: quatre ou cinq

selles involontaires depuis vingt-quatre heures. (*Même prescription.*)

Le 20, yeux ternes, presque éteints, sueur de la face, respiration bruyante, pouls à peine sensible. Mort à onze heures du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE

22 heures après la mort.

Embonpoint ordinaire; muscles poisseux.

Crâne. Les méninges et la substance cérébrale ne sont nullement injectées, le cerveau a sa consistance ordinaire; un peu de sérosité limpide existe à la base du crâne et dans le canal rachidien.

Thorax. Son diamètre vertical est très-rétréci à droite par le foie, qui remonte jusqu'à la quatrième côte. Le poumon de ce côté n'offre qu'un léger engouement à sa partie postérieure. Le lobe inférieur du poumon gauche, au contraire, est compacte, dur, imperméable à l'air, hépatisé en rouge. Dans la scissure interlobaire du poumon de ce côté, on trouve une fausse membrane récente d'une ligne d'épaisseur. Le cœur, décoloré et flasque, a un volume proportionné à la taille du sujet, ses cavités droites contiennent un caillot dépouillé de matière colorante.

Abdomen. L'estomac est médiocrement distendu par des gaz et des liquides. Sa surface interne présente deux couleurs distinctes, la portion splénique est rosée. Cette couleur réside dans la muqueuse un peu boursouflée; le reste de l'estomac est blanc.

La surface interne des petits et des gros intestins est d'une blancheur remarquable. Dans le quart inférieur de l'intestin grêle existent quelques ulcérations arrondies, du diamètre

d'une lentille, dont les bords blancs, coupés à pic, sont formés par la muqueuse légèrement boursouflée, et dont le fond, également très-blanc, présente à nu les fibres de la couche musculaire. Dans l'étendue d'un demi-pied, au-dessus de la valvule, ces ulcérations deviennent confluentes, plus larges et plus irrégulières. Le fond et les bords offrent du reste la même disposition. Le fond de quelques-unes est recouvert en partie par une couche molle, d'un gris jaunâtre, fortement adhérente (eschare de la membrane muqueuse). Entre ces ulcérations l'on aperçoit deux ou trois élevures, du volume d'une lentille, et blanches comme le reste de la membrane muqueuse, aux dépens de laquelle elles sont formées. Les ganglions mésentériques, qui correspondent aux ulcérations, sont rouges et tuméfiés; la rate est molle et volumineuse.

Séjour à Paris depuis peu de temps, fatigues et veilles prolongées, état de langueur et de malaise général précédant l'invasion de la maladie, en formant comme le prodrôme, et pouvant être rapporté, comme chez le sujet de l'observation XXI, à un épuisement de l'innervation; bientôt symptômes d'une phlegmasie pulmonaire, qui semble céder à deux émissions sanguines, l'une locale, l'autre générale; lors de l'entrée à l'hôpital, et les jours suivants, air de stupeur remarquable, engourdissement physique et moral, délire par intervalles, accroissement rapide de la prostration, sécheresse et en même temps pâleur de la langue, selles involontaires, fréquence et petitesse extrême du pouls, délire permanent et carphologie dans les derniers temps; tels furent les principaux phénomènes observés chez cette malade. Dans le principe, traitement antiphlogistique; plus tard, traitement éminem-

ment tonique et stimulant. A l'ouverture du cadavre, mêmes lésions que dans toutes les observations précédentes; seulement il y a ici une circonstance remarquable : c'est l'absence complète de rougeur ou de toute autre coloration insolite, soit dans les ulcérations elles-mêmes, soit autour d'elles.

Rapprocherons-nous de cette remarquable décoloration de la muqueuse intestinale, la pâleur, non moins remarquable, que présenta la langue pendant la vie; elle ne rougit pas lorsqu'elle se sécha, et plus tard, lorsque des croûtes noires épaisses la recouvraient, elle présentait encore une grande pâleur dans les intervalles que ces croûtes laissaient entre elles.

La nature du sang tiré de la veine est digne de remarque. Nous avons vu qu'il était presque entièrement formé d'une sérosité très-claire. Quelle immense différence entre ce sang séreux, presque sans fibrine ni matière colorante, et celui qui forme dans le vase où il est reçu un caillot volumineux et dense, que recouvre souvent une couenne plus ou moins épaisse ! cependant il y avait ici une inflammation étendue du poumon. Ainsi un sang d'une nature particulière, très-peu riche en matériaux nutritifs et excitants, circulait dans les vaisseaux de cette femme : ce sang ainsi modifié n'a-t-il pas eu sa part dans la production de plusieurs symptômes ? ne pouvait-il pas nous traduire l'état des forces de l'individu? ne pouvait-il pas nous aider à prévoir d'avance la nature, la forme et le danger des phénomènes qui se développeraient par suite de la double affection de l'intestin et des poumons? ne devait-il pas enfin apporter quelque changement dans les méthodes thérapeutiques? En voyant le sang si différent de lui-même, soit dans les diverses maladies, soit dans une même maladie, qui vient à attaquer des individus placés, par leur tempérament, leur âge, leur manière de vivre, dans des circonstances dissemblables, comment nous refuserions-nous à admettre que

la raison des symptômes fondamentaux ou accidentels de toute maladie doit être aussi bien cherchée dans le sang que dans les solides? Si les anciens avaient vu souvent, dans les maladies qu'ils appelaient fièvres malignes ou putrides, un sang pareil à celui qui sortit de la veine de la femme qui fait le sujet de cette observation, ils ont eu raison de dire qu'il y a dans ces maladies un état de dissolution du sang (1). Mais ils ont eu tort, s'ils ont émis cette assertion d'une manière générale, s'ils ont voulu établir que cette dissolution du sang est un élément nécessaire, indispensable de la production de ces fièvres; car dans beaucoup de nos observations il s'en faut que le sang nous ait présenté un pareil caractère. Ainsi, dans le scorbut, souvent on a vu le sang complètement privé de la faculté de se coaguler; mais bien souvent aussi on l'a trouvé, dans cette maladie, aussi bien coagulé que dans toute autre affection. D'où viennent ces différences? elles résultent sans doute des divers degrés d'intensité de la maladie. Il est très-vraisemblable que, dans le scorbut, par exemple, le sang est altéré dès le début; mais il faut que cette altération ait acquis déjà un certain développement pour qu'elle se traduise à nos regards par un changement appréciable dans les qualités du sang.

La pneumonie fut annoncée ici par des symptômes moins tranchés que chez le sujet de l'observation XXI. L'expectoration fut toujours celle du simple catarrhe, la respiration ne parut

---

(1) *In febribus petechialibus, sanguis valdè fluidus, serosus ac solutus est.* (Hoffmann, *Medic.....*, édit. in-4°, pars IV, sect. I, cap. 10.)

In acutis et continuis febribus, sanguis fluidissimus comparet, planè non in coagulum concrescens. (Ibid., cap. 10.)

Grant a aussi observé un pareil état du sang chez les individus atteints de fièvres pétéchiales. (*Recherches sur les Fièvres*, tom. II.)

véritablement gênée que pendant les dernières quarante-huit heures; la douleur aiguë que le malade ressentit dans les premiers temps au côté droit du thorax, la matité de la poitrine dans une grande étendue de ce côté, due au foie très-développé, auraient pu induire en erreur sur le siége de la phlegmasie pulmonaire.

Comme dans la plupart des autres observations, le cerveau n'offrit aucune lésion appréciable, bien que le malade eût eu beaucoup de délire. Les fonctions des organes peuvent donc être lésées sans que ces organes eux-mêmes présentent dans leur texture aucune altération sensible. Aussi nous paraît-il bien difficile d'annoncer d'une manière précise dans quel état on trouvera le cerveau chez les individus qui, pendant le cours des fièvres graves, ont eu du délire et d'autres symptômes nerveux. En effet, parmi plusieurs individus qui ont présenté ces symptômes, on trouve chez les uns (et ce n'est pas le plus petit nombre) le cerveau et ses enveloppes dans un état d'intégrité parfaite; chez d'autres, la substance cérébrale paraît généralement plus consistante; chez un troisième, elle est injectée, parsemée d'une infinité de points rouges qui sont les orifices d'autant de petits vaisseaux; chez un quatrième, des concrétions albumineuses existent dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la surface supérieure du cerveau ou de sa base; chez un cinquième, les ventricules sont remplis par une quantité plus ou moins considérable de sérosité trouble ou limpide. D'une autre part, combien de fois n'avons-nous pas vu les ventricules pleins d'une quantité au moins égale de sérosité chez des individus qui avaient succombé, sans présenter jamais le moindre trouble dans leurs facultés intellectuelles, sensoriales et locomotrices! N'attachons donc à ces lésions qu'un certain degré d'importance, et gardons-nous de faire dépendre d'elles seules et la maladie et ses symptômes.

XXIIIe OBSERVATION.

Épistaxis au début. Symptômes ataxo-adynamiques dès les premiers jours ; diarrhée pendant tout le cours de la maladie. Sangsues ; vésicatoires ; antispasmodiques stimulants (assa-fœtida, musc, etc.). Mort le treizième jour. Ulcérations de l'intestin grêle. État sain du gros intestin. Épanchement de sang dans les tuniques de l'estomac, dans les muscles des parois abdominales, dans les plèvres et dans le péricarde.

Une jeune fille de dix-sept ans fut prise, le 14 juillet 1820, d'une abondante épistaxis, qui reparut les jours suivants. En même temps diarrhée, malaise général. (*Application de sangsues à la région iliaque droite.*)

État du 19. Face pâle ; air étonné ; réponses pénibles, incertaines; langue rouge et sèche à sa pointe ; ventre indolent et souple; persistance du dévoiement; pouls faible, peu fréquent; peau sans chaleur; abondante épistaxis cette nuit. (*Eau d'orge; lavement de lin.*)

Le 20, déglutition difficile; stupeur plus grande. (*Deux vésicatoires aux jambes.*)

Le 21, la malade était couchée la tête légérement renversée en arrière ; ses yeux fermés s'ouvraient lorsqu'on lui parlait, mais ne se fixaient sur aucun objet ; elle ne répondait point, bien qu'elle entendît et qu'elle parût comprendre. Elle se découvrait continuellement, se plaignait et poussait de temps en temps des cris perçants ; alors sa physionomie prenait l'expression de la plus vive douleur : souvent le thorax se soulevait, et les épaules étaient jetées en arrière par un mouvement brusque. Les deux mâchoires fortement serrées l'une contre l'autre, comme dans un commencement de tétanos, ne permettaient pas de voir la langue. Toutes les boissons qu'on essayait

d'introduire dans la bouche étaient rejetées convulsivement. Trois ou quatre selles liquides; pouls petit, à peine fréquent; peau fraîche. (*Deux lavements de graine de lin avec addition de vingt grains d'assa-fœtida dans chaque potion, avec six onces d'infusion de tilleul et dix grains de musc; orge.*)

Le 22, abondant écoulement de sang par les gencives; d'ailleurs, pas de changement notable. (*Quatre demi-lavements de camomille, avec un scrupule d'assa-fœtida, et dix grains de musc dans chaque; deux vésicatoires aux cuisses.*)

Le 23, amélioration sensible: face plus naturelle; réponses aux questions en balbutiant; efforts infructueux pour montrer la langue; elle est sèche et lisse. (*Deux nouveaux vésicatoires au-dessous de ceux appliqués la veille; d'ailleurs, même prescription.*)

Le 24, aspect de plus en plus naturel de la face: la malade comprenait très-bien toutes les questions; elle y répondait tantôt par signes, tantôt par des paroles très-peu distinctes. La langue était sèche et brunâtre; les gencives saignaient; la déglutition se faisait bien; la malade accusait une chaleur brûlante tout le long du pharynx et de l'œsophage; le pouls était sans fréquence, la peau sans chaleur ((*Même lavement; collutoire acidule.*)

25, la malade semblait n'avoir que le degré d'intelligence ordinaire à un enfant de sept à huit ans, et s'exprimait comme lui; la mâchoire inférieure était agitée d'un tremblement semblable à celui qui a lieu dans le frisson fébrile; la température de la peau s'était élevée, et le pouls avait acquis de la fréquence.

Le 26, l'état d'excitation des jours précédents était remplacé par une assez forte prostration; les lèvres et la langue étaient

encroûtées de fuliginosités; quatre selles liquides, involontaires, avaient eu lieu; la respiration était accélérée pour la première fois; le pouls conservait sa fréquence. (*Tisane d'orge gommée; potion avec huit grains de musc; collutoire avec le miel rosat et l'acide muriatique.*)

Dans la journée, la respiration devint de plus en plus gênée, et la malade succomba comme asphyxiée à cinq heures du soir.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Encéphale très-sain, ainsi que ses enveloppes; épanchement d'un liquide rouge très-foncé dans le canal rachidien. La moelle n'était d'ailleurs nullement comprimée, ses membranes avaient leur aspect naturel.

Épanchement abondant d'un liquide rouge dans le péricarde et dans les deux plèvres, qui ne présentaient non plus aucune trace d'inflammation. Poumons engoués et crépitants.

Large ecchymose entre les fibres des muscles droits un peu au-dessus des pubis.

L'estomac, distendu par des gaz, était généralemeut injecté à sa surface interne. Le long de sa grande courbure et sur sa paroi postérieure, existaient plusieurs plaques d'un rouge brunâtre, dues à une infiltration sanguine du tissu cellulaire sous-muqueux. L'intestin grêle était blanc jusqu'à deux pieds environ au-dessus du cœcum; dans ce dernier espace, touché d'abord extérieurement, il était dur, bosselé, considérablement épaissi en plusieurs points : ceux-ci correspondaient à autant d'ulcérations, dont le fond grisâtre était formé par le tissu lamineux considérablement épaissi. Dans l'étendue de quatre à cinq pouces au-dessus de la valvule, on n'observait plus qu'une seule et vaste ulcération.

Le cœcum et le reste du gros intestin étaient très-blancs.

Si nous avions trouvé sur tous les cadavres des malades précédents des désordres aussi graves que ceux qui nous furent présentés par l'intestin grêle de cette jeune fille, nous aurions pu facilement établir un rapport entre les lésions découvertes par l'autopsie et les symptômes observés pendant la vie. Les ulcérations étaient ici remarquables et par leur étendue et par leur profondeur; il n'y avait plus aucune trace de l'exanthème qui les avait précédées, et cependant il n'y avait que treize jours que la maladie avait commencé. D'abondantes épistaxis en marquèrent le prodrome; dès le principe, l'affection intestinale se révéla par de la diarrhée. Peu de jours après l'invasion, il y avait déjà un air de stupeur très-prononcé : chaque jour les symptômes nerveux se dessinaient davantage; la langue, d'abord rouge, sécha et se noircit; au milieu de ces nombreux et graves phénomènes, on put constater une absence complète de fièvre; le pouls n'acquit de la fréquence, et la température de la peau ne s'éleva que deux jours avant la mort. Ainsi, dans ce cas, la phlegmasie grave dont le tube digestif était atteint, se développa et arriva jusqu'à l'ulcération, sans qu'il en résultât aucun trouble dans la circulation : on a d'ailleurs peine à croire qu'une pareille lésion ait pu se former sans qu'aucune douleur l'ait jamais annoncée, sans que le ventre se fût jamais ballonné : c'est pourtant ce qui eut lieu.

Remarquons combien la tendance aux hémorragies était grande chez ce sujet. La muqueuse nasale, le tissu des gencives, l'arachnoïde rachidienne, les deux plèvres, la séreuse du péricarde, le tissu cellulaire sous-muqueux de l'estomac, le tissu cellulaire intermusculaire des parois abdominales, furent

tour-à-tour ou simultanément le siége d'abondantes exhalations sanguines.

XXIVe OBSERVATION.

Au début, fièvre continue légère. Plus tard, symptômes ataxo-adynamiques dont l'apparition coïncide avec une épistaxis. Sangsues, vésicatoires; quinquina le dernier jour. Mort le dix-septième jour. Ulcérations dans l'iléum et le cœcum. Rate volumineuse.

Un tonnelier, âgé de quarante-cinq ans, présentait depuis onze jours les symptômes d'une fièvre continue peu intense; il n'avait pas de dévoiement; il avait été traité par les simples délayants. Le onzième jour, il eut une abondante épistaxis. Ce même jour, son pouls devint plus fréquent, sa langue rougit et se sécha, le ventre se ballonna. (*Vingt sangsues à l'anus.*)

Le douzième jour, le pouls, assez développé les jours précédents, était remarquable par sa petitesse; la peau était sans chaleur; la langue était brune. Ainsi, malgré la saignée à l'anus, l'état du malade avait empiré. L'indication la plus pressante à remplir paraissait être d'agir sur les forces; un vésicatoire fut en conséquence appliqué à l'une des jambes. Son emploi était d'autant mieux indiqué, qu'aucune réaction n'existait à la peau. La boisson était la tisane d'orge miellée. Le malade délira toute la nuit. Dans la matinée du 13, les idées n'étaient pas encore nettes; de nombreuses pétéchies couvraient la peau du cou et de l'abdomen; la constipation persistait. (*Tisane d'orge, limonade minérale, lavement de camomille.*)

Le quatorzième et le quinzième jour, l'état du malade empira;

il délirait presque continuellement, les traits de la face s'effilaient, la langue restait brune; le ventre, ballonné, paraissait indolent; le pouls se sentait à peine, la peau était froide. (*Les mêmes boissons furent continuées; les membres furent frictionnés avec le liniment volatil cantharidé.*)

Le seizième jour, la prostration était extrême; le malade, assoupi, se réveillait avec peine, et prononçait en balbutiant quelques paroles inintelligibles; les pétéchies n'étaient plus aussi nombreuses. (*Deux tasses d'infusion aqueuse de quinquina; un scrupule de camphre dans un lavement de camomille.*)

Le dix-septième jour, le malade était mourant; le ballonnement du ventre était très-considérable. Mort dans la nuit.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le cerveau et ses membranes ne présentèrent aucune altération appréciable.

Les poumons, fortement engoués, crépitaient peu; leur tissu était facilement déchirable.

L'estomac était distendu par des gaz et par des liquides; sa face interne était blanche, excepté dans le grand cul-de-sac, où existaient deux petites taches rouges, ayant chacune, au plus, la largeur d'une pièce de cinq sous. Ces taches appartenaient à la muqueuse, qui partout ailleurs était parfaitement saine.

L'intestin grêle, y compris le duodénum, contenait une grande quantité de bile jaune qui colorait les valvules. Lavée, sa face interne était très-blanche jusqu'à un pied au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Dans cette étendue existaient des ulcérations dont les bords étaient élevés et bruns, et dont le fond,

blanc, était formé par le tissu lamineux non épaissi. Dans les huit premiers pouces on n'en comptait que cinq ou six, ayant chacune environ la largeur d'une pièce de vingt sous; entre elles, la membrane muqueuse était blanche : dans les quatre derniers pouces ces ulcérations étaient plus nombreuses; la muqueuse, rouge dans leurs intervalles, était entièrement détruite sur la face supérieure de la valvule.

Le cœcum était parsemé d'un grand nombre de petits ulcères, ayant un diamètre égal, et pouvant à peine admettre une petite lentille. La muqueuse qui en formait les bords, et le tissu lamineux qui en occupait le fond, avaient conservé leur épaisseur naturelle. Entre elles, le cœcum présentait une couleur rouge qui résidait dans la muqueuse.

Le reste du gros intestin, rempli de matières fécales moulées, était parfaitement blanc.

La rate était très-volumineuse.

L'observation précédente nous montre une maladie qui, bénigne jusqu'à son onzième jour, revêt tout-à-coup un caractère grave, en même temps que se manifeste une abondante hémorragie nasale. L'application des sangsues ne modère pas les accidents. La prostration rapide des forces fixe surtout l'attention : on lui oppose vainement un vésicatoire. Le treizième jour, des pétéchies apparaissent, et leur existence, à une époque où le malade n'avait encore pris que des boissons délayantes, dément l'assertion de De Haën, qui établit en principe général, que les pétéchies qui se montrent dans les fièvres graves sont toujours le résultat de l'emploi intempestif des émétiques et des purgatifs. Le délire devient continuel. Cependant on n'emploie d'autre tonique que la limonade minérale;

on cherche à exiter l'action de la peau par des frictions stimulantes. L'adynamie parvient bientôt au dernier degré, et le malade succombe après avoir pris du quinquina, vingt-quatre heures seulement avant la mort.

A l'ouverture du cadavre, on trouva l'encéphale intact, bien qu'un délire complet eût existé; la muqueuse gastrique saine, bien que la langue eût été sèche et noire, et, comme dans tous les cas précédents, une lésion grave de l'intestin grêle : on ne trouvait plus dans celui-ci aucune trace d'exanthème, mais seulement des ulcérations; il y en avait aussi dans le cœcum, et cependant le malade n'avait jamais eu de dévoiement.

Noterons-nous la quantité très-considérable de bile qui remplissait l'intestin? cette bile eût surtout fixé l'attention de Stoll, et cette circonstance eût été à ses yeux d'un grand poids pour déterminer la nature de la maladie et son traitement.

XXVe OBSERVATION.

Symptômes ataxo-adynamiques. Redoublements quotidiens ressemblant à des accès de fièvre pernicieuse. Parotide. Éruption varioliforme à l'épigastre. Sangsues; vésicatoires; vin; quinquina en boissons et en lavement. Mort le dix-neuvième jour. Ulcérations vers la fin de l'intestin grêle. Gros intestin sain. Injection de la muqueuse gastrique. Rate de volume ordinaire.

Un charpentier, âgé de trente-six ans, d'une très-forte constitution, fut apporté à la Charité le 24 juin 1820, dans un état de délire qui ne permit point de savoir de lui l'invasion et la marche de sa maladie. On apprit de ceux qui l'amenèrent qu'il était malade depuis neuf jours.

État du 25 : décubitus sur le dos, pommettes rouges, yeux

à demi fermés, bouche béante, lèvres noires et sèches, langue noire, sèche, fendillée; douleur à l'épigastre et à la région cœcale par la pression, constipation; pouls faible et très-fréquent, peau sèche et brûlante; éruption sur l'abdomen, principalement à l'épigastre, de boutons à base rouge, dont le sommet était surmonté d'une large vésicule encore transparente dans les uns, opaque et contenant un véritable pus dans les autres. Le malade se plaignait beaucoup, il comprenait avec beaucoup de peine les questions qui lui étaient adressées; il semblait avoir complètement perdu le souvenir des choses passées. (*Quinze sangsues à l'anus, un vésicatoire à une cuisse, décoction d'orge, limonade minérale.*)

Dans la journée il délira complètement. — Dans la matinée du 26, langue plus humide, une selle; même état du reste. (*Quatre sangsues de chaque côté du cou.*)

Le 27, sueurs de la face et des extrémités supérieures; pas de changement d'ailleurs. (*Tisane d'orge, limonade minérale, décoction de polygala, une tasse de vin.*)

Le 28, tuméfaction très-douloureuse de la parotide droite; langue noire, point de selle; ventre souple, paraissant insensible à la pression; les boutons de l'épigastre étaient tout blancs, varioliforme; le pouls était petit et fréquent; le malade était plongé dans un délire tranquille et continu. (*Même prescription.*)

Le 29, nous trouvâmes la face, le cou et les membres thoraciques couverts de sueur comme le 27.

Le 30, le délire persistait, la prostration augmentait, le pouls, très-fréquent, était d'une petitesse extrême, la peau brûlante; la langue restait sèche et brune; le ventre était souple, la constipation opiniâtre; la parotide se développait de plus en plus. (*Un lavement de quinquina fut ajouté à la prescription des jours précédents.*) — A quatre heures du

soir, l'œil était éteint, à moitié fermé; soubresauts de tendons très-multipliés, carphologie, marmottement continuel.

Dans la matinée du 1er juillet la face avait une expression plus naturelle; l'œil, moins terne, s'ouvrait de temps en temps; le malade poussait par intervalles de profonds gémissements; il faisait effort pour répondre aux questions, mais ne pouvait rien articuler; il montrait assez facilement sa langue lorsqu'on la lui demandait; elle était sèche, noire, fendillée. Point de selle. Parotide plus grosse et plus dure. (*Même prescription.*) — A deux heures après midi, face cadavéreuse, dilatation passive des buccinateurs à chaque expiration, marmottement continuel, pouls très-faible, et trop fréquent pour pouvoir être compté.

Le 2 juillet, cet état d'agonie persistait. (*Infusion aqueuse de quinquina, orge, limonade minérale, deux sinapismes.*)

Nous crûmes que le malade succomberait dans la journée; cependant quel fut notre étonnement lorsque, dans la matinée du 3, nous trouvâmes une amélioration sensible! la face, en particulier, avait un bien meilleur aspect; le malade comprenait les questions, mais n'y répondait point; il tirait lentement et avec peine sa langue : elle était humide, visqueuse, mais noire. Les dents étaient nettoyées, la peau était sans chaleur, le pouls faible; même état de la parotide; dessication d'une grande partie des boutons de l'épigastre. (*Même prescription.*)

A quatre heures du soir, la face avait repris de nouveau un aspect cadavéreux; le malade ne paraissait plus entendre les questions comme le matin; la paupière s'abaissait à moitié sur l'œil presque éteint; les buccinateurs se dilataient comme la veille.

Dans la matinée du 3 juillet, une nouvelle amélioration avait

eu lieu ; le malade entendait, et pour la première fois il parvint à articuler quelques mots de suite ; la langue était humide et nette, le ventre plat et indolent, une selle avait eu lieu depuis quarante-huit heures. La parotide était très-volumineuse, une grande quantité de pus s'écoulait par l'oreille. (*Même prescription.*)

A quatre heures après midi, le mieux du matin avait disparu ; un état tout-à-fait semblable à celui de la veille à pareille heure l'avait remplacé.

Le malade succomba le 3, à sept heures du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE

25 heures après la mort.

Demi-marasme ; muscles noirâtres, poisseux ; parotide faisant un relief sensible sur la partie latérale de la tête et du cou. Une grande quantité de liquide sanieux et grisâtre séparait les granulations de la glande. Immédiatement au-dessous du pavillon de l'oreille se trouvait un petit foyer purulent ; on fit aisément pénétrer par ce petit foyer une sonde jusque dans le conduit auditif externe.

Crâne. Le cervau non plus que ses membranes n'offrit rien de notable ; un peu de sérosité existait dans les ventricules ; les veines qui se rendent dans le sinus longitudinal supérieur contenaient des bulles d'air en assez grande quantité, résultat probable de la décomposition.

Thorax. Le tissu lamineux du médiastin antérieur était gonflé par des gaz qui lui donnaient une grande ressemblance avec la surface externe du poumon des reptiles ; le péricarde contenait une quantité notable de sérosité citrine ; le cœur était un peu flasque, vide de sang, les poumons étaient par-

faitement sains ; celui du côté droit adhérait aux côtes par des brides celluleuses anciennes : les bronches de ce côté étaient rouges.

Abdomen. L'estomac était un peu serré sur lui-même dans sa portion pylorique; les intestins grêles avaient leur volume naturel; le gros intestin offrait des resserrements dans divers points de son étendue; la surface de l'estomac était parfaitement blanche dans toute sa portion splénique; mais la portion pylorique était fortement injectée. La surface interne du duodénum, ainsi que celle des cinq sixièmes supérieurs environ de l'intestin grêle, était tapissée par du mucus mêlé à de la bile jaune. Toute cette portion de l'intestin était d'ailleurs très-saine, blanche et transparente; en quelques points seulement existait une faible injection du réseau capillaire sous-muqueux. Dans le sixième inférieur de l'intestin grêle, la membrane muqueuse présentait cinq à six larges ulcérations à bords irrégulièrement découpés, et dont le fond rougeâtre était formé par la tunique musculeuse mise à nu. Entre elles, la membrane muqueuse n'était que médiocrement injectée; les ganglions mésentériques correspondants étaient d'un rouge-brunâtre et tuméfiés. Le gros intestin, rempli de matières consistantes et jaunâtres, était parfaitement blanc.

La rate avait son volume ordinaire; tous les autres viscères étaient sains.

La marche de cette maladie est digne de fixer notre attention. Aucun changement n'eut d'abord lieu, soit en bien, soit en mal, dans les premiers jours; et, vu les symptômes très-graves qui existaient, c'était déjà beaucoup que l'état du malade restât stationnaire ; mais ensuite il s'établit chaque soir

une sorte de redoublement, pendant la durée duquel on observait une véritable agonie. N'était-ce pas une sorte de fièvre rémittente pernicieuse, et le quinquina, donné *plenis manibus*, comme disait Piquer, avant le retour du redoublement, ne l'aurait-il pas prévenu? C'est après le quatrième redoublement que le malade succomba; mais il est digne de remarque que la mort ne survint que le matin, époque à laquelle les symptômes immédiatement mortels de l'après-midi avaient l'habitude de cesser.

C'est surtout dans la matinée du 3 juillet qu'une dose de quinquina aurait pu être administrée dans le but que nous venons d'indiquer; car alors la langue présentait à peu près son aspect physiologique, et il y avait très-peu de fièvre.

La parotide, dont nous pûmes suivre le développement, ne fit qu'aggraver l'état du malade.

Des sueurs partielles se manifestèrent sans avantage le douzième et le quatorzième jour.

Une éruption semblable à celle qui couvrit l'épigastre n'est pas un phénomène commun dans les fièvres; elle parut n'exercer aucune influence sur la marche de la maladie.

Le délire ne put être expliqué par aucune lésion du cerveau et de ses membranes.

L'estomac lui-même ne présentait qu'un médiocre degré de phlegmasie, tel qu'on l'observe chez beaucoup d'individus qui n'ont eu aucun symptôme ataxique ou adynamique, et dont la langue surtout n'a jamais été sèche ni noire.

La lésion de l'intestin grêle, toujours de même nature que celle que nous ont offerte les autres observations, reste seule pour expliquer tous les symptômes.

Observons encore que chez ce malade, comme chez le précédent, une constipation opiniâtre coïncidait avec l'état sain du gros intestin.

XXVIe OBSERVATION.

Misère antécédente. Au début, céphalalgie et épistaxis répétées. Symptômes ataxo-adynamiques. Parotide. Pneumonie intercurrente annoncée seulement par l'expectoration. Émissions sanguines. Révulsifs. Boissons stimulantes les derniers jours. Mort le vingt-unième jour. Ulcérations vers la fin de l'intestin grêle et dans le cœcum. Rougeur et ramollissement de la muqueuse du grand cul-de-sac de l'estomac. Injection vive du pancréas. Rate volumineuse.

Un homme, âgé de vingt ans, travailla tout l'été aux carrières des environs de Paris; il ne mangeait à peu près que du pain pour toute nourriture, et vivait assez misérablement; cependant il se portait habituellement bien. Le 6 octobre 1821, il fut pris, sans cause connue, d'une violente céphalalgie, et d'une épistaxis abondante, qui fut arrêtée par une saignée et par des ablutions d'eau froide sur la tête. Les jours suivants, l'épistaxis se renouvela; le malade, qui se sentait très-faible, entra le 16 à la Charité: alors la face avait un air de stupeur remarquable, l'œil était morne et abattu; le malade se plaignait d'une grande faiblesse; le décubitus avait lieu sur le dos; la langue était rouge et sèche, la soif vive, le ventre indolent et souple. Un lavement, donné la veille au soir, avait procuré une évacuation. Les selles avaient été régulières depuis le commencement de la maladie; le pouls était fréquent, assez développé, la peau chaude et aride. Le malade toussait, et expectorait des crachats transparents, visqueux et rouillés; cependant la respiration paraissait libre; la poitrine, percutée, résonnait bien partout; la respiration s'entendait partout grande et nette; mais la nature des crachats ne permettait pas de révoquer en doute l'existence d'une pneumonie peu

étendue. On pouvait raisonnablement supposer que cette phlegmasie avait été provoquée par les ablutions d'eau froide sur la tête dans l'imminence d'une maladie grave : l'aspect particulier de la face, la prostration qui existait, présageaient des symptômes plus fâcheux encore. (*Tisane d'orge, un lavement de camomille, et, malgré la débilité générale, application de quinze sangsues à l'anus.*)

Le soir et pendant la nuit, le malade délira et cria beaucoup. Dans la matinée du 17 octobre (onzième jour), le délire avait cessé ; la face du malade était rouge ; son œil, habituellement fermé, ne s'ouvrait que lorsqu'on lui parlait ; la langue était sèche et brune, le ventre un peu ballonné et indolent : une seule selle avait eu lieu depuis vingt-quatre heures ; le pouls, de fréquence médiocre, se laissait facilement déprimer ; la peau conservait sa sécheresse et sa chaleur âcre ; la toux continuait ; l'expectoration caractéristique de la veille persistait.

L'état du malade avait donc évidemment empiré ; la faiblesse surtout s'accroissait rapidement. Était-il rationnel d'employer encore des sangsues ? M. Lerminier ne le pensa pas ; mais il fit appliquer deux vésicatoires aux jambes. (*Tisane et lavement comme la veille.*)

Le délire se renouvela dans l'après-midi, et persista toute la nuit.

Dans la matinée du 18, le délire n'existait plus. Nous observâmes un commencement de surdité. On fit dans la journée des embrocations sur le ventre avec l'huile de camomille camphrée ; une demi-tasse de vin fut ajoutée à la tisane.

Le soir et toute la nuit le malade délira.

Le treizième jour, dans la matinée, la face était moins abattue, le yeux restaient ouverts, et avaient une expression naturelle ; l'intelligence était nette et la surdité avait augmenté ;

la langue s'était humectée, les crachats avaient perdu leur teinte rouillée et leur sérosité. L'amélioration était évidente. La journée fut assez bonne; deux selles un peu teintes de sang eurent lieu; la nuit fut calme.

Le 20 octobre, à quatre heures du matin (quatorzième jour), la peau devint moite pour la première fois; à huit heures une sueur générale et abondante existait; cependant le malade était beaucoup moins bien que la veille: la langue, les lèvres et les dents étaient noires. Le malade, plongé dans le délire, avait cependant par intervalles quelques moments lucides. Un nouveau vésicatoire fut appliqué à l'une des cuisses. La sueur qui apparaissait le quatorzième jour, bien que ne coïncidant pas avec une amélioration des symptômes, pouvait être considérée comme un effort critique de la nature, qu'il semblait indiqué de favoriser; on prescrivit dans ce but deux tasses de tisane de bourrache avec addition de deux gros d'acétate d'ammoniaque.

La sueur continua jusqu'à onze heures et demie; le malade fut assoupi toute la journée; il eut une selle verdâtre liquide.

Le quinzième jour, les traits étaient profondément altérés, la peau avait repris son aridité. (*Frictions d'alcool camphré, sinapismes aux extrémités inférieures, bourrache, acét. d'amm., limonade minérale, tisane d'orge oxymélée, une tasse de vin.*)

Le seizième jour, le malade semblait un peu mieux.

Le dix-septième jour, la face était décomposée, le malade poussait des plaintes continuelles, il délirait; il avait plusieurs fois lâché sous lui; on ajouta à la prescription un lavement de camomille avec un scrupule de camphre.

Le dix-huitième jour, tout avait empiré; le pouls était filiforme, et battait plus de cent vingt fois par minute.

Le dix-neuvième jour, tuméfaction de la parotide droite, peau froide. (*Décoction de quinquina.*)

Le vingtième jour, la parotide était énorme, l'œil était terne, immobile, la bouche restait entr'ouverte; une croûte noire, épaisse, couvrait la langue et les dents, le pouls ne se sentait plus, la peau était sèche et sans chaleur, les facultés intellectuelles semblaient totalement anéanties; le malade, immobile dans son lit, les bras étendus le long du tronc, ne proférait aucune plainte, et paraissait étranger à tout ce qui se passait autour de lui; de longs intervalles séparaient chaque mouvement respiratoire. Il resta dans cet état toute la journée; la nuit sa respiration devint râlante, et il succomba dans la matinée du vingt-unième jour.

OUVERTURE DU CADAVRE

50 heures après la mort.

Le cerveau était sain. Une grande quantité dé liquide sérosanguinolent engouait les poumons.

La muqueuse de l'estomac était d'un rouge-brunâtre et molle dans la portion splénique et le long de la grande courbure; ailleurs elle était blanche et consistante.

Le tiers supérieur de l'intestin grêle présentait une assez vive injection du tissu sous-muqueux; le tiers moyen était très-blanc: dans le tiers inférieur la muqueuse était rouge, opaque et très-molle. A deux pieds au-dessus du cœcum, commençaient à apparaître des ulcérations arrondies, de la largeur d'une pièce de dix sous, dont les bords étaient formés par la muqueuse brunâtre et boursouflée, et le fond par le tissu lamineux blanc dans quelques-unes, rouge dans d'autres, et en général peu épaissi. Plus près du cœcum, ces ulcérations déve-

naient plus nombreuses, et semblaient se confondre; l'une d'elles, à fond et à bord brunâtres, occupait toute l'étendue de la face supérieure de la valvule.

La muqueuse du cœcum était d'un rouge plus vif que celle de l'intestin grêle; elle était évidemment épaissie. Non loin de la valvule, elle présentait six ou sept petits points ulcérés, pouvant à peine admettre une tête d'épingle ordinaire. Le reste du gros intestin offrait une couleur généralement blanche qu'interrompaient d'espace en espace des plaques rouges, ayant, terme moyen, la largeur d'une pièce de trente sous, et dont la couleur résidait dans la muqueuse.

La rate gorgée d'un sang noir avait le double de son volume ordinaire.

Les tuméfactions de la parotide dépendaient en grande partie de l'engorgement séro-sanguinolent du tissu cellulaire interposé entre ces lobules.

Le pancréas était aussi vivement injecté.

La couleur rougeâtre de ces deux glandes contrastait d'une manière frappante avec la pâleur de l'autre parotide est des glandes sous-maxillaires.

Le mauvais régime auquel avait été soumis cet individu avant l'invasion de sa maladie; les épistaxis abondantes qui en signalèrent le début; la co-existence d'une pneumonie avec un haut degré de prostration, d'où résultaient dans le traitement des indications opposées; la sueur du quatorzième jour, précédée d'une amélioration sensible, mais accompagnée et suivie d'une exaspération non moins manifeste; l'apparition le dix-neuvième jour d'une énorme parotide qui ne fut que symp-

tomatique, et la mort le vingt-unième, telles sont plusieurs des circonstances les plus remarquables de cette maladie.

La pneumonie, combattue par une seule application de sangsues et par des vésicatoires, céda facilement; on n'en trouva plus de trace à l'ouverture du cadavre.

On n'eut recours à une médication un peu tonique que dans les derniers temps. Jusqu'alors c'était seulement en réveillant l'action de la peau par des vésicatoires, des sinapismes et des frictions, qu'on avait cherché, soit à soutenir et à relever les forces, soit à diminuer par des révulsions multipliées les congestions internes.

L'intensité des lésions des voies digestives fut dans ce cas en rapport avec la gravité des symptômes.

Aucune altération appréciable de l'encéphale n'expliqua le délire, d'abord passager, puis continu, la surdité et les autres phénomènes nerveux.

XXVIIe OBSERVATION.

Stupeur et surdité dès les premiers jours. État naturel de la langue au milieu des symptômes d'adynamie. Disparition subite de la surdité. Paralysie de la vessie; gangrène de la verge et du sacrum. Sangsues à l'anus; vésicatoires; vin, quinquina, camphre. Mort le vingt-deuxième jour. Ulcérations de la fin de l'intestin grêle et du cœcum. Couleur brune et mollesse de la muqueuse gastrique. Pointillé rouge du cerveau. Pneumonie. Rate peu volumineuse.

Un homme de vingt-sept ans, d'une faible constitution, ressent, le 28 octobre, sans cause connue, un malaise général. Le 30, surdité, fièvre, même état jusqu'au 2 novembre. Il entre alors à la Charité; vingt sangsues sont appliquées à l'anus

dans la matinée du 3. Le 4, la fièvre est aussi forte que la veille: la surdité est très-grande; la langue est humide et vermeille; le ventre indolent; les selles sont ordinaires; la face a un air de stupeur remarquable; les mouvements sont lents et pénibles. Ces derniers symptômes, ainsi que la surdité, annonçaient le début d'une fièvre ataxo-adynamique. (*La peau fut frictionnée avec le liniment volatil; un lavement de camomille camphrée fut prescrit.*) Du 5 au 6 novembre, l'état du malade resta à peu près le même. (*Deux vésicatoires furent appliqués aux jambes.*)

Le 9 (onzième jour), la surdité disparut tout-à-coup; mais dans la journée la vessie fut à son tour frappée de paralysie; une tumeur globuleuse, formée par ce réservoir remplit d'urine, s'élevait au-dessus du pubis: le malade fut sondé.

Le 10 novembre, la paralysie de la vessie persistait; l'accablement avait augmenté. Le malade était plongé dans un assoupissement dont on avait peine à le tirer; la langue conservait son humidité, et le pouls sa fréquence. (*Limonade vineuse, lavement de camomille camphré, frictions avec le liniment volatil cantharidé, deux bouillons.*)

Le 11, le prépuce, irrité peut-être par les attouchements que nécessitait l'introduction de la sonde, fut trouvé frappé de gangrène: la peau du sacrum présentait une couleur rouge-brunâtre, la prostration était plus considérable; le malade ne répondait qu'en balbutiant; la langue s'était séchée et brunissait; le pouls était très-faible. (*Deux verres d'infusion aqueuse de quinquina furent ajoutés à la prescription de la veille.*)

Le 12, le dévoiement survint.

Le 13, des symptômes de pneumonie se manifestèrent; la respiration était devenue fréquente, courte, pénible; le malade toussait beaucoup sans cracher. La percussion fit recon-

naître un son mat à la partie latérale inférieure gauche du thorax; l'eschare de la verge s'était étendue; la peau du sacrum était noire; les forces se prostraient de plus en plus; le dévoiement continuait. (*Même prescription, et de plus un vésicatoire sur le côté gauche.*)

Depuis le 14 jusqu'au 18 novembre, jour de sa mort (vingt-deuxième jour de sa maladie), cet individu fut dans un état de délire continuel; la gêne de la respiration devint de plus en plus considérable; la langue fut alternativement sèche et humide, brune et vermeille, le dévoiement continua; la paralysie de la vessie cessa; l'eschare de la verge ne s'étendit pas. L'eschare du sacrum, détachée, laissa à sa place un vaste ulcère à fond grisâtre. La face se décomposa, le pouls cessa de battre, les extrémités se refroidirent, et le malade succomba dans un état de dyspnée extrême. (*Les mêmes médicaments furent continués jusqu'à la fin.*)

OUVERTURE DU CADAVRE

48 heures après la mort.

Le cerveau, de consistance ordinaire, était piqueté d'un assez grand nombre de points rouges. Deux cuillerées à café de sérosité limpide existaient dans chacun des ventricules latéraux. Les méninges étaient un peu injectées.

Le cœur étail pâle et vide de sang. Le lobe inférieur du poumon gauche, d'un rouge brunâtre, n'était plus perméable à l'air; son tissu, très-mou, se déchirait comme celui de la rate. Le lobe supérieur de ce poumon et la totalité du poumon droit étaient engoués d'une énorme quantité de sérosité sanguinolente.

L'estomac était distendu par des gaz. La muqueuse, dans le

grand cul-de-sac, présentait une couleur brunâtre et une mollesse extrême ; les cryptes muqueux du duodénum étaient très-développés ; l'intestin grêle contenait une grande quantité de bile jaune, l'on y voyait une injection sous-muqueuse médiocre ; la muqueuse elle-même était intacte. Mais, dans l'étendue d'un demi-pied environ au-dessus du cœcum, la face interne de l'intestin présentait d'abord quelques taches brunes isolées; plus bas, elle était uniformément brunâtre. Cette couleur résidait dans la muqueuse épaissie et ramollie. Dans ce même espace existaient cinq petites ulcérations de la largeur d'une pièce de cinq sous, dont le fond blanchâtre était formé par le tissu lamineux à peine épaissi. La face interne du cœcum et de tout le colon offrait une injonction médiocre de la muqueuse et du tissu lamineux subjacent. Non loin de la valvule cœcale, s'observait une petite ulcération isolée, semblable à celles de l'intestin grêle. Les ganglions mésentériques étaient bruns et tuméfiés.

La rate était peu volumineuse.

La gangrène de la verge n'occupait que le prépuce.

Au sacrum, la peau était détruite en hauteur, depuis le coccyx jusqu'au niveau des premières vertèbres lombaires, et en largueur, dans toute l'étendue du diamètre tranversal du sacrum. Cet os était en grande partie à nu. Au fond de cette large plaie se voyait un détritus noir d'où s'exhalait une odeur infecte ; tout autour la peau était décollée, dans l'étendue au moins de trois à quatre pouces.

Ce n'est plus que par le lieu qu'occupent les ulcérations qu'on peut ici présumer qu'elles avaient été précédées par un engorgement exanthémateux des follicules ; elles sont petites

et elles n'ont plus même la forme des plaques de Peyer; mais la membrane muqueuse qui les entoure est plus altérée que dans la plupart des observations précédentes; il en est de même de la membrane muqueuse d'une partie de l'estomac. L'injection du cerveau est ici en rapport avec le délire intense qui exista dans les derniers jours; mais dans combien d'autres cas n'avons-nous pas observé un semblable délire, sans qu'on trouvât dans le cerveau aucune trace de congestion sanguine!

Du reste, il y avait chez ce sujet bien d'autres causes de maladie et de mort. Le vaste ulcère dont le sacrum était le siége, l'hépatisation d'une grande partie du poumon gauche, l'inflammation gangréneuse du prépuce, étaient autant de circonstances qui devaient singulièrement augmenter le danger de l'affection intestinale. N'est-ce pas d'ailleurs une circonstance remarquable que l'irritation légère, déterminée par l'introduction de la sonde dans la vessie, suffit chez cet individu pour produire rapidement la gangrène d'une partie du pénis? Il suffit aussi d'un décubitus assez peu prolongé sur le dos pour que la peau du sacrum se gangrénât, et qu'un vaste ulcère succédât rapidement à la chute de l'eschare. Certes, de pareilles gangrènes ne peuvent pas s'expliquer par l'intensité de l'irritation locale; elles supposent une disposition toute spéciale, semblable à celle qui, à l'occasion de la lésion locale la plus légère, produit chez certains individus une prostration subite et tous les phénomènes qui révèlent cette prostration. N'est-ce pas une pareille disposition qui vient à se créer en nous, lorsque certains poisons appelés septiques sont introduits dans le torrent circulatoire? les charbons qui se développent dans ce dernier cas deviennent comme le caractère anatomique de la maladie; mais il est bien clair que loin de le causer, ils ne sont eux-mêmes qu'un effet.

Les symptômes nerveux apparurent ici presque dès le début de la maladie. La surdité se montra en particulier de très-bonne heure; elle fut un des premiers phénomènes qui pût faire prévoir le développement d'une maladie grave. Après avoir duré quatre jours, cette surdité disparut tout-à-coup, et en même temps la vessie fut frappée de paralysie; en même temps aussi les parties de la peau qui avaient été irritées commencèrent à se gangréner. C'est au milieu de ces divers phénomènes, qui semblent indiquer une dépression des forces, qu'apparaissent les signes d'une phlegmasie pulmonaire. Pourquoi, dans un pareil état, la langue, par une sorte d'exception à la loi que nous avons pu déduire des faits précédents, resta-t-elle presque toujours dans un état à peu près naturel? Contre tous ces accidents un traitement antiphlogistique était-il indiqué? Je ne le pense pas, et d'ailleurs on peut voir que les sangsues appliquées à l'anus dans les premiers temps ne furent suivies d'aucun résultat avantageux : nous ne dirons pas qu'elles déterminèrent la prostration; mais nous ferons remarquer seulement que le lendemain de leur application la surdité avait augmenté, ainsi que la stupeur et la difficulté des mouvements; la perte de sang n'avait donc eu au moins aucune influence favorable. Il n'y eut pas dans ce cas d'épistaxis, comme chez plusieurs des malades précédents. Quant aux révulsifs cutanés, nous ne voyons pas non plus qu'ils aient été utiles.

XXVIIIe OBSERVATION.

Diarrhée au début ; plus tard fièvre, sécheresse et rougeur de la langue ; délire intermittent ; coma. Vésicatoires ; boissons délayantes ; quinquina le dernier jour. Mort le trentième jour. Ulcérations de la fin de l'intestin grêle. Estomac sain. Pneumonie. Rate volumineuse.

Un maçon, âgé de seize ans, d'une faible constitution, avait du dévoiement depuis trois semaines, lorsqu'il entra à la Charité (4 septembre 1820). Depuis plusieurs jours il s'était alité. Il avait gardé la diète et bu de l'eau d'orge. Nous le trouvâmes dans l'état suivant :

Face un peu abattue ; paresse dans les mouvements ; réponses lentes ; langue blanche, un peu sèche, rouge à la pointe ; anorexie, soif médiocre ; bouche pâteuse ; ventre indolent, mais ballonné ; plusieurs selles liquides dans les vingt-quatre heures, pouls fréquent et de force ordinaire ; peau chaude. (*Eau de riz avec le sirop tartareux, lavement émollient, trois bouillons.*) Le malade alla plusieurs fois à la selle. Il délira pendant la nuit.

Dans la matinée du 6, langue rouge et un peu sèche, soif vive, ventre toujours indolent et ballonné ; même état du pouls et de la peau. Le délire reparut la nuit.

Le 7, même état. (*Deux vésicatoires aux cuisses.*) Ils n'empêchèrent pas le délire d'être très-violent dans la nuit du 7 au 8 ; cinq selles liquides, très-abondantes, eurent lieu.

Le 8, assoupissement, mais intégrité de l'intelligence ; amaigrissement de la face ; altération profonde des traits ; continuation du dévoiement ; pouls petit, plus fréquent ; peau peu chaude. (*Vésicatoire sur l'abdomen, boissons et lavements émollients, bouillons en petite quantité.*)

Dans la soirée et toute la nuit le malade délira encore.

Le 9, les yeux restaient fermés et s'ouvraient lentement lorsqu'on parlait au malade. Les réponses étaient lentes et incertaines; l'altération des traits avait augmenté. Langue sèche, d'un rouge vif à sa pointe; pouls petit, médiocrement fréquent; peau sans chaleur; pâleur de la surface du vésicatoire de l'abdomen. (*Décoction de riz, potion composée ainsi qu'il suit :*

Eau de tilleul.	4 *onces.*
Eau de menthe.	1 *once.*
Diascordium	1 *gros.*
Extrait mou de kina.	*demi-gros.*
Sirop d'œillet.	1 *once.*

Retour du délire pendant la nuit.

Le 10, face cadavéreuse; réponses lentes, mais justes; parole embarrassée; langue sèche; lèvres fuligineuses; diarrhée moindre; respiration accélérée, suspirieuse; pouls petit; peau plus chaude que la veille. Le malade conservait encore assez de force pour se placer sur son séant. Il succomba à six heures du soir.

OUVERTURE DU CADAVRE

14 heures après la mort.

Une quantité notable de sérosité limpide existait à la base du crâne; les ventricules n'en contenaient point. Rien autre chose de remarquable dans l'appareil nerveux.

Le lobe inférieur du poumon gauche était en hépatisation rouge. Ce même lobe présentait en arrière des taches noirâtres, des sortes d'ecchymoses qui n'existaient qu'à la superficie du viscère.

L'estomac était blanc dans toute son étendue, ainsi que les

deux tiers supérieurs environ de l'intestin grêle. La partie supérieure du tiers inférieur était injectée, et présentait d'espace en espace des plaques plus rouges. Plus bas, l'on observait des ulcérations nombreuses à bords élevés et arrondis. Les plus petites auraient pu à peine recevoir une tête d'épingle ordinaire; les plus considérables offraient à peu près la largeur d'une pièce de trente sous; le tissu lamineux qui en formait le fond était considérablement épaissi, d'un rouge livide dans les unes, présentant dans les autres une teinte d'un gris brunâtre qui semblait le produit de la gangrène. Ces ulcérations étaient d'autant plus rapprochées et d'autant plus étendues qu'on les observait plus près de la valvule iléocœcale. Les portions de membrane muqueuse qui les séparaient étaient injectées. La surface interne du cœcum offrait une teinte rouge livide très-foncée. La membrane muqueuse du colon dans toute son étendue, et celle du rectum, étaient aussi injectées et présentaient d'espace en espace des plaques plus rouges.

La rate était très-volumineux et très-dense.

Des signes d'irritation intestinale marquèrent le début de cette maladie; long-temps la diarrhée exista, sans être accompagnée d'aucun autre symptôme grave. Plus tard la lésion des voies digestives cessa de se montrer isolée, toute l'économie se troubla, et alors apparurent les symptômes d'une fièvre grave. L'altération que présenta l'intestin après la mort était semblable, par sa nature etpar son siége, à celle que nous avons trouvée dans toutes les observations précédentes. Dans toutes, cette altération ne diffère que par l'intensité; et ce qu'on ne saurait trop remarquer, c'est que ce n'est pas toujours l'intensité de l'altération qui décide de la gravité des symptômes. Ici en-

core, comme dans bien d'autres cas, la rougeur et la sécheresse de la langue ne sont pas expliquées par l'état de l'estomac, qui se montre parfaitement sain.

Lorsque le malade entra à la Charité, il paraissait être déjà dans un état de profond épuisement; il s'affaiblit de plus en plus, et après avoir présenté du délire par intervalles, il tomba dans un état comateux, au milieu duquel il succomba. L'examen de l'encéphale ne rendit pas compte de ces symptômes cérébraux.

Tandis que, du côté du système nerveux, il y avait eu des désordres fonctionnels, sans désordres, anatomiquement appréciables, des organes de l'innervation, il y avait, au contraire, du côté des voies respiratoires, une lésion grave de l'organe, sans qu'il y eût eu pendant la vie désordre de ses fonctions; ce ne fut que quelques heures avant la mort qu'on observa quelque gêne dans la respiration.

Le traitement émollient, suivi exclusivement pendant les premiers temps, n'empêcha pas la maladie de marcher, les révulsifs ne furent pas plus utiles; on ne retira non plus aucun avantage des médicaments toniques, employés seulement quarante-huit heures avant le terme fatal.

XXIXe OBSERVATION.

Diarrhée au début. Plus tard, fièvre, symptômes adynamiques; délire combattu par les sangsues aux apophyses mastoïdes. Apparence d'amélioration à la suite d'un traitement tonique; mort vers le trentième jour par hémorrhagie intestinale. Ulcérations de la fin de l'intestin grêle et du cœcum.

Un serrurier, âgé de vingt-huit ans, avait depuis trois semaines une abondante diarrhée, lorsqu'il entra à la Charité, le

21 novembre 1822. Il était alors dans un grand état de faiblesse ; la langue était très-sèche, l'intelligence obtuse, le pouls fréquent, facilement déprimable ; la peau chaude ; quelques taches pétéchicales étaient éparses sur l'épigastre ; la face exprimait la stupeur. (*Tisane d'orge ; diète absolue.*)

Les jours suivants, la prostration augmenta, les taches se multiplièrent, les évacuations alvines commencèrent à être involontaires ; du délire survint, il fut combattu par des applications de sangsues derrière les oreilles. Les simples délayants furent continués ; deux vésicatiores furent appliqués aux jambes le 26. L'état adynamique était parvenu le 30 au plus haut degré : face livide, yeux éteints, affaissement de l'intelligence, pouls très-fréquent, peau peu chaude, langue très-sèche ; selles involontaire, très-abondantes, séreuses. (*Deux nouveaux vésicatoires aux cuisses ; potion composée de cinq onces d'eau de tilleul, d'un gros d'extrait sec de quinquina, et d'une once de sirop d'œillet.*)

Dans les premiers jours du mois de décembre, les forces se relevèrent un peu ; la face prit un aspect meilleur. (*Même traitement.*) Le malade succomba inopinément dans la nuit du 9 au 10.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Viscères du crâne et du thorax sains.

Injection peu considérable de la muqueuse gastrique dans sa portion splénique.

Rien de remarquable dans le duodéum et dans le tiers supérieur de l'intestin grêle. De gros caillots de sang noir remplissaient les deux tiers inférieurs. Au-dessus d'eux, la muqueuse ne présenta, jusque dans l'étendue d'un pied au-dessus du

cœcum, qu'une forte coloration due à l'imbibition sanguine. Plus bas existaient de nombreuses ulcérations pressées les unes contre les autres. Immédiatement au-dessous de la valvule cœcale l'on ne trouvait plus aucune trace de sang. Le cœcum était rouge, et présentait cinq à six ulcérations. Le reste du gros intestin n'offrait qu'une légère rougeur, disposée par plaques nombreuses.

Cette observation ressemble à la précédente, et par la forme de son début (diarrhée dans les deux cas), et par plusieurs de ses symptômes, et par la nature des altérations trouvées dans l'intestin. Elle en diffère par l'accident qui la termina, à une époque où, pendant l'administration du traitement tonique, il semblait que le malade marchât vers un état meilleur. Aucune lésion spéciale ne rendit compte de cette abondante et subite hémorrhagie; elle ne fut même annoncée pendant la vie par aucune selle sanguinolente.

Nous avons vu une semblable hémorrhagie terminer les jours de trois autres individus également atteints de fièvres graves, et dans l'intestin desquels existait l'exanthème ci-dessus décrit, soit simple, soit déjà avec ulcération. Dans ces trois cas, l'hémorrhagie avait été annoncée par la grande quantité de sang que les malades rendirent par l'anus peu d'heures avant de succomber. Nous avons observé un autre exemple d'une semblable hémorrhagie chez un élève en médecine qui succomba aussi, mais dont nous ne fîmes point l'ouverture. Il était atteint depuis plusieurs jours d'une fièvre continue, qui, d'abord d'apparence bénigne, avait été ensuite accompagnée d'abondantes épistaxis et d'une stupeur de fâcheux augure. C'est dans cet état qu'il rendit pour la première fois

une selle composée d'une grande quantité de sang noir, très-fétide, aussi pur que celui que la lancette aurait fait sortir d'une veine. Les jours suivants, il eut plusieurs selles semblables. A la suite de ces évacuations, il tomba dans une prostration qui devint de plus en plus considérable, et au milieu de laquelle il succomba. Ce malade est un de ceux dont nous avons parlé plus haut, et chez lesquels nous vîmes s'ulcérer les piqûres d'un certain nombre de sangsues qui avaient été appliquées à l'épigastre.

Au lieu d'être exhalé par la membrane muqueuse de l'intestin grêle ou du gros intestin, comme chez l'individu qui fait le sujet de cette observation, le sang est fourni, chez d'autres, par la muqueuse gastrique, et on a vu alors des individus, atteints de fièvres graves, vomir une matière noire, semblable à du marc de café, telle qu'elle est vomie soit dans la fièvre jaune, soit dans certaines affections cancéreuses de l'estomac. Le cas suivant, recueilli par M. Dalmas à la clinique du professeur Chomel, offre un exemple de ce genre.

XXXe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris, grandes fatigues. Diminution progressive des forces; puis diarrhée, fièvre, symptômes ataxo-adynamiques. *Vomissement noir.* Traitement antiphlogistique. Ulcérations intestinales. Infiltration sanguine de la muqueuse gastrique. Épanchement de sang sous-péritonéal et entre les muscles droits. Rate volumineuse et molle. Sang liquide.

Un marchand de parapluies, âgé de trente-deux ans, entra à la Charité le 26 décembre 1828.

Cet homme, grand et fort, à poitrine large, d'un embonpoint assez marqué, brun de cheveux, d'une peau fine et blan-

che, à peine velue, bien portant d'ordinaire, à Paris depuis quatre mois seulement, était souffrant et mal à son aise depuis seize jours: obligé d'aller par les rues chargé de parapluies, marchant et criant toute la journée pour son commerce, il n'indiquait d'autre cause de sa maladie qu'une extrême fatigue. Peu à peu ses forces avaient diminué, le soir il était comme épuisé; enfin, des frissons irréguliers le saisirent, et, à partir du 15 décembre, il lui fallut garder le lit. Dès ce moment, fièvre, céphalalgie, courbature, affaissement physique et moral. Le 16, par le conseil d'un de ses amis, il prend du vin chaud : coliques et diarrhée les jours suivants. Le 25, veille de son entrée, six selles liquides.

Le 27 au matin, décubitus dorsal, prostration, débilité musculaire très-prononcée, le malade peut à peine s'asseoir; il entend et répond assez bien; céphalalgie frontale, visage coloré, peau et langue sèches, voix rouillée, toux, râle sibilant; crépitation légère en arrière et à droite seulement, là où le son est un peu moins clair. Soif vive, inappétence, douleur abdominale vague, plus intense à l'épigastre, trois selles liquides pendant la nuit; le ventre est large, mou, sans sonoréité; point de sudamina, point de taches lenticulaires, fièvre. (*Saignée de huit onces; solution de sirop de groseilles; fomentations émollientes, diète absolue.*)

Le 28, même symptômes plus intenses; la langue rougit et se sèche; adynamie complète. Le malade s'est presque laissé tomber en voulant se lever pour aller à la garde-robe.

Le sang de la saignée offre une légère couche couenneuse; il y a sur l'abdomen trois petite taches à peine rosées sans élevures. (*Même prescription, moins la saignée; lavement simple.*)

Le 29 et le 30, agitation la nuit, délire peu profond; le jour, tête asez présente, commencement de stupeur, langue ru-

gueuse, fendillée; évacuations involontaires. (*Même prescription.*)

Le 31, obtusion des sens; altération du teint, qui devient jaunâtre. La diarrhée augmente; même crépitation à gauche et à droite. Le pouls est tombé à quatre-vingt-seize pulsations. (*Même prescription.*)

Le 1er janvier, même état. (*Seconde saignée de huit onces.*)

Le 3 et le 4, météorisme, dyspnée, réponses pécises, point de nouvelles taches, point d'eschares. (*Petit lait émulsionné, solution de sirop de groseilles; de chaque, trois pots.*)

Dans la journée du 4, somnolence, rêvasseries; le soir, vomissement d'une matière liquide noire, comparée par l'infirmier à du marc de café; déglutition pénible. Mort le 5, à quatre heures du matin, sans s'être plaint du ventre, sans autre tension de cette partie que celle peu considérable due au météorisme déjà signalé.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Raideur très-marquée, habitude extérieure naturelle, vergeture à la partie postérieure.

Le cerveau est ferme, dense, un peu piqueté de sang, exempt de ramollissement, de suppuration, d'altération appréciable; les veines de la pie-mère sont injectées, et forment à la surface du cerveau un lacis noir considérable.

Il y a quelques gouttes de sérosité dans les ventricules latéraux.

Les muscles sont en général d'un rouge-brun, non poisseux, bien développés; les deux muscles droits de l'abdomen, dans

leur moitié inférieure, sont le siége d'une infiltration sanguine, dont il sera parlé tout à l'heure.

Coloration rouge assez forte de l'aorte et des gros vaisseaux contenus dans la poitrine.

Le cœur, dont le tissu est pâle, est en même temps mou, flasque, ce qui dépend de l'affaissement de ses parois et de la dilatation de l'une de ses cavités (ventricule droit) ; dilatation, au reste, peu considérable.

Les caillots existants dans le cœur sont jaunes et mous.

Le sang est noir et liquide presque partout.

Le poumon gauche est mou, léger, crépitant; ses bronches offrent une teinte brune.

Le poumon droit est à sa partie postérieure manifestement engoué, un peu ramolli ; le doigt y pénètre avec facilité.

L'œsophage et la bouche n'offrent rien de remarquable. L'estomac est le siége des altérations suivantes :

Sur la face postérieure, coloration d'un brun-verdâtre, semée de petits point noirs qui, en regardant mieux, paraissent être autant de petites ulcérations dont la membrane muqueuse est criblée ; cependant on l'enlève aisément en lambeaux de plusieurs lignes, preuve de la fermeté de cette membrane et aussi du ramollissement du tissu sous-muqueux ; ce tissu est d'un brun presque noir, manifestement infiltré de sang.

Au-dessous, la musculeuse est pâle ; on ne peut donc attribuer les apparences précédentes au contact de la rate, qui a coloré seulement la séreuse.

Le pourtour de cette coloration verdâtre de l'estomac est d'un rouge assez vif. Çà et là dans l'estomac, stries filamenteuses, noirâtres, dues au mélange des mucosités avec la matière noire exhalée pendant la vie.

Le duodénum et le jéjunum paraissent sains ; ce n'est que vers la valvule iléo-cœcale que l'on commence à apercevoir les

plaques de Peyer. Il y en a sept ou huit qui sont ulcérées, et la lésion est d'autant plus marquée qu'on approche davantage du cœcum. Le gros intestin présente une affection analogue des follicules disséminés à sa surface. Près de la valvule, ces follicules paraissent environnés d'une auréole brune; en grattant avec le scalpel, on enlève la membrane muqueuse ramollie; mais on n'en enlève pas la tache qui appartient au tissu même du follicule, et qu'on aperçoit très-bien à l'extérieur; en s'éloignant du cœcum, ces taches deviennent de plus en plus rares; vers le rectum on ne distingue plus que des follicules blancs, saillants à la surface de la muqueuse, sans injection, sans coloration ni ulcération. Les glandes mésentériques sont engorgées, brunes; quelques-unes sont presque diffluentes. La rate, qui a sept à huit fois son volume ordinaire, est noire, molle, réduite en putrilage; les doigts y pénètrent sans effort. Le pancréas est coloré en brun à l'intérieur comme à l'extérieur; mais son tissu ne paraît pas autrement lésé.

Le foie est plus jaune qu'à l'ordinaire; la bile est claire, peu visqueuse, assez abondante.

Les reins, volumineux, sont d'un rouge brun, et cette couleur est plus marquée au pourtour des cônes, dont leur parenchyme est formé à l'intérieur.

La vessie et le reste de l'appareil génito-urinaire sont dans l'état normal; mais, au sommet de la vessie, le tissu cellulaire, placé entre cette poche et la paroi abdominale, est infiltré de sang; cette infiltration est plus marquée à mesure qu'on approche des muscles droits; elle s'étend en remontant jusqu'au milieu de leur hauteur, où elle constitue une collection véritable; une couche épaisse d'une matière grumeleuse noire, amassée entre la séreuse, la face postérieure du muscle et ses différents vaisseaux. Je n'ai pu constater l'état des vaisseaux épigastriques, ni de l'un ni de l'autre côté.

Cette observation est surtout remarquable par les hémorrhagies qui eurent lieu à la fois et dans les muscles des parois abdominales, et dans l'épaisseur même de la muqueuse gastrique, dont la surface libre fournit le sang qui fut vomi, le jour de la mort, sous forme de *matière noire*. Ces hémorrhagies coïncidèrent avec un état liquide du sang; remarquons toutefois que le sang tiré de la veine pendant la vie fut loin de présenter cette sorte de tendance à la dissolution, qu'offrit le sang observé sur le cadavre.

Par l'étude des symptômes comme par celle des causes on a été conduit à admettre qu'à son début la maladie avait consisté dans un trouble primitif de l'innervation. L'irritation intestinale ne devint appréciable qu'à dater du jour où le vin chaud fut ingéré dans l'estomac; et dès l'époque de l'entrée du malade à l'hôpital, il y avait déjà une prostration très-remarquable, qui ne fit que s'accroître à la suite des émissions sanguines.

XXXIe OBSERVATION.

Pleurésie au début, saignées abondantes. Entrée à l'hôpital dans un état d'anémie; médication tonique; apparence d'amélioration; puis retour des symptômes graves, et mort. Ulcérations à la fin de l'intestin grêle; injection de la muqueuse gastrique. Sang liquide. Rate petite et dense.

Un homme de vingt-sept ans environ fut apporté à l'hôpital de la Charité, le 1er décembre 1822, dans le dernier degré de la prostation adynamique : pâleur cadavérique de la face et des lèvres, yeux éteints, à moitié recouverts par la paupière; pouls très-fréquent, filiforme; peau sans chaleur; abolition complète des facultés intellectuelles; langue très-pâle et sèche.

Nous apprîmes que ce malade avait eu, trois jours auparavant, un point de côté, que depuis quarante-huit heures il avait été saigné trois fois, et qu'on lui avait appliqué quatre-vingts sangsues. Ce malade était menacé de succomber très-prochainement dans un état anémique; M. Lerminier pensa qu'il était urgent de chercher à relever les forces. (*Infusion aqueuse de quinquina, potion aromatique avec addition d'un gros d'éther, lavement de camomille avec addition d'un scrupule de camphre; deux vésicatoires aux jambes; frictions aromatiques.*)

Le lendemain, tous trouvâmes une amélioration très-sensible : face plus naturelle, moins pâle; quelques réponses assez nettes aux questions; pouls relevé; peau moite et d'une douce chaleur; langue blanche, humide; ventre indolent; une selle; quelques soubresauts des tendons. Le traitement tonique semblait réussir; il fut continué.

Le 3, propos incohérents, plaintes continuelles; cependant réponses justes au milieu de son délire; face toujours très-pâle, ainsi que la langue; constipation. (*Lavement de quinquina et de serpentaire, de chaque une once, et camphre un scrupule.*)

Le 4, intelligence plus nette, bégaiement; il semble que le malade ne soit pas maître de diriger les mouvements de sa langue; pouls toujours fréquent et faible, peau sans chaleur. (*Même prescription.*)

Du 5 au 9, le malade marcha lentement vers un état meilleur. Les forces se relevèrent un peu; le pouls devint moins fréquent, la peau se maintint à une bonne température; la langue reprit un aspect naturel : le ventre était souple, indolent, et les selles, bien que rendues involontairement, étaient rares et formées de matières bien consistantes. Le malade ne délirait pas, à proprement parler, mais son intelligence était très-

faible ; il parlait et raisonnait comme un enfant. L'infusion de quinquina, la limonade minérale, la potion aromatique éthérée, les frictions sur les membres, le lavement de kina, de serpentaire et de camphre, furent continués.

Mais le 10 décembre, l'amélioration progressive des jours précédents disparut. L'altération qu'avait subie les traits de la face nous annonça surtout ce funeste changement. La langue, qui la veille était encore humide et d'une bonne couleur, était sèche comme un morceau de parchemin. La température de la peau s'était élevé. (*Même prescription.*)

Le 11, délire, fréquence extrême du pouls; plus de cent quarante battements par minute.

Le 12, face cadavéreuse, extrémités froides; pas de pouls aux deux bras; même état de la langue; cris et plaintes contiuelles; mort le soir.

OUVERTURE DU CADAVRE

16 heures après la mort.

Absence complète de graisse sous-cutanée ; muscles poisseux et livides.

Cerveau pâle, exsangue, ainsi que ses enveloppes. Deux onces de sérosité limpide à la base du crâne.

Flocons albumineux, membraniformes, épars sur les plèvres costale et pulmonaire du côté droit, sans liquide épanché. Hépatisation rouge en plusieurs points du lobe inférieur du poumon gauche.

Cœur flasque, décoloré, contenant une petite quantité de sang noir liquide, ainsi que l'aorte.

Surface interne de l'estomac rouge dans la portion splénique. Cette rougeur avait son siége dans la membrane muqueuse

elle-même vivement injectée, mais ayant conservé son épaisseur et sa consistance ordinaire. De grosses veines gorgées de sang rampaient dans le tissu lamineux.

Surface interne du duodénum et du reste de l'intestin grêle légèrement colorée par de la bile jusque dans son cinquième inférieur. Dans ce dernier espace commençait à apparaître une assez vive rougeur, d'abord par plaques isolées, puis continue dans l'étendue d'un pied et demi au-dessus du cœcum. Là, existaient trois petites ulcérations superficielles, pouvant admettre chacune un centime au plus, et dont le fond présentait une couleur grisâtre qui ne disparaissait point par le lavage. Le cœcum était aussi vivement injecté; le reste du gros intestin était blanc et rempli de matières dures. La rate était remarquable par son petit volume et par son extrême densité.

Les ulcérations de l'iléum sont ici très-peu considérables : autour d'elles on ne trouve aucun follicule développé; mais il y a en divers points de la membrane muqueuse gastro-intestinale une rougeur plus vive que chez d'autres sujets. Les flocons membraniformes trouvés dans la plèvre démontrèrent l'existence de la pleurésie, qui paraissait avoir été chez cet individu la première maladie. Les saignées abondantes qui avaient été faites coup sur coup pour combattre cette pleurésie, avant que le malade n'entrât à l'hôpital, pouvaient avoir contribué à le jeter dans l'état adynamique très-prononcé qu'il présenta la première fois que nous le vîmes; un traitement tonique fut essayé : il sembla d'abord réussir; on le continua, et pendant que le malade prenait du quinquina, de la serpentaire, du camphre, de l'éther, le pouls se ralentit, la langue

revint à son état naturel, la face prit un aspect meilleur, le ventre resta souple et indolent; seulement il y avait toujours une grande faiblesse, l'intelligence était celle d'un enfant, et des selles involontaires avaient lieu. Tout-à-coup cette amélioration progessive cesse, la langue se sèche de nouveau, le délire survient, le pouls prend une fréquence extrême, et c'est au milieu de cette sorte de récrudescence que le malade succombe. Quelle en fut la cause? Les ulcérations de l'iléum existaient très-vraisemblablement avant le 10 décembre; vraisemblablement aussi elles étaient déjà formées à l'époque où le malade entra à l'hôpital, et l'on peut admettre qu'en même temps que son état s'améliora, les ulcérations intestinales diminuèrent d'étendue; elles étaient donc probablement en voie de guérison, lorsque nous les examinâmes. Irritée par le contact prolongé des stimulants, la membrane muqueuse gastro-intestinale vint-elle tout-à-coup à s'hyperémier le 10 décembre? Est-ce seulement de ce jour que date le développement de la rougeur que nous trouvâmes en plusieurs points de l'estomac et des intestins? Survenue chez un individu déjà fort affaibli, cette congestion détermina-t-elle l'apparition des symptômes ataxo-adynamiqus graves des derniers jours?

Nous noterons encore dans cette observation,

1° L'état exsangue du cerveau et de ses enveloppes, coïncidant avec une certaine quantité de sérosité accumulée à la base du crâne;

2° L'état liquide du sang;

3° Le petit volume et la densité de la rate, que dans la plupart des autres observations, nous avons trouvée si volumineuse et si molle.

XXXIIe OBSERVATION.

Au début, symptômes de fièvre inflammatoire. Émissions sanguines. Apparition de symptômes ataxo-adynamiques, qui s'aggravent pendant l'administration de médicaments stimulants. Ulcérations du cœcum. Sang liquide.

Un jeune homme de vingt ans environ entra à l'hôpital avec les symptômes d'une fièvre inflammatoire intense. (*Deux saignées du bras furent pratiquées dans les premières quarante-huit heures.*)

La forte réaction générale qui existait diparut à la suite de cette double émission sanguine; mais un air de stupeur se répandit sur les traits, les idées se troublèrent; la langue brunit et tendit à se sécher; l'abdomen se météorisa; les selles étaient ordinaires. Pendant trois ou quatre jours on ne donna d'abord que l'eau d'orge; durant cette médecine expectante, l'affaiblissement devint de plus en plus grand; la sécheresse de la langue augmenta : un délire complet s'établit. Le pouls, assez résistant, était très-fréquent, et la peau brûlante. Le 1er novembre deux vésicatoires furent appliqués aux jambes, et douze grains de camphre furent donnés dans un lavement de guimauve.

Le 2 et le 3, l'intelligence fut plus nette; mais l'état adynamique faisait des progrès. Des évacuations alvines involontaires avaient lieu fréquemment; la peau avait perdu sa chaleur; la face était immobile et plombée; les yeux à demi fermés; des croûtes noires couvraient la langue, les lèvres et les dents. (*Limonade minérale; limonade vineuse; infusion aqueuse de quinquina; embrocations d'huile de camomille camphrée sur le ventre.*)

Le lendemain 4, le malade était dans un état demi-comateux. Il répondait cependant d'une manière assez nette; mais en balbutiant. Il accusait des douleurs abdominales, que la pression augmentait; le pouls était très-fréquent, encore assez peu déprimable; la chaleur de la peau n'avait point augmenté; la langue présentait le même aspect; d'abondantes selles, rendues involontairement, avaient lieu; le ballonnement du ventre persistait. (*Même prescription.*)

Du 4 au 12, l'immobilité des traits, le teint plombé, la faiblesse de l'intelligence, sans délire proprement dit, l'affaissement général, devinrent chaque jour plus prononcés. L'encroûtement noir de la langue, le ballonnement du ventre, la diarrhée, persistèrent; le pouls, qui conservait toujours de la force, devint de plus en plus fréquent. Nous comptâmes successivement, du 9 au 13, cent huit, cent douze, cent quatorze, cent vingt, cent trente-une pulsations.

Le 14, les battements artériels étaient tellement précipités qu'ils ne pouvaient plus être comptés. Leur force persistait. La respiration était devenue haute, précipitée; la face était cadavéreuse; lorsqu'on pressait fortement l'abdomen, quelques sons inintelligibles et prononcés d'une voix éteinte s'échappaient de la bouche du malade. Il succomba dans la journée. Le même traitement avaient été continué; de nouveaux vésicatoires avaient été appliqués aux cuisses.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Intégrité des organes du crâne et du thorax. Sang noir, liquide, dans le cœur et dans les gros vaisseaux.

Abdomen. La surface interne de l'estomac présentait dans le grand cul-de-sac une injection qui n'était point assez consi-

dérable pour enlever aux parois de l'organe leur transparence accoutumée. Cette injection résidait à la fois et dans le tissu lamineux, et dans la muqueuse elle-même. Celle-ci avait conservé sa consistance et son épaisseur ordinaires.

L'intestin grêle, ouvert dans toute son étendue, ne présenta ni rougeur ni aucune autre lésion.

Immédiatement au-dessous de la valvule iléo-cœcale existait une ulcération assez large pour admettre un écu de trois livres, à bords bruns, formés par la muqueuse, et à fond blanc formés par le tissu lamineux non épaissi. Dans toute l'étendue du cœcum et dans le commencement du colon ascendant la membrane muqueuse était brune et molle; elle était blanche et bien consistante dans le reste du gros intestin.

Rien de remarquable dans les autres viscères.

Chez cet individu, comme chez plusieurs des malades précédents, l'état de l'estomac était loin d'être en rapport avec l'état de la langue. Le reste du canal digestif était infiniment moins lésé que chez d'autres qui avaient présenté cependant à peu près le même ensemble de symptômes. Ainsi voilà encore un cas où l'intensité de l'altération des organes ne répond point à la gravité de la maladie. Après deux larges émissions sanguines, pratiquées au début, l'on vit un état adynamique succéder assez rapidement à l'état de réaction générale; l'adynamie augmenta pendant l'administration d'une simple médecine expectante; les toniques donnés ensuite ne furent pas plus efficaces. Le pouls offrit jusqu'au dernier moment une résistance qui semblait en désacord avec l'ensemble des autres symptômes. Cette seule circonstance devait-elle être un obstacle à l'administration des toniques? La fréquence de plus en

plus grande du pouls, fut pour nous un indice de la terminaison que devait avoir la maladie.

Il n'y eut du délire que momentanément; il se dissipa pour ne plus revenir, après que des révulsifs eurent été appliqués sur les extrémités inférieures. Pendant le reste de la maladie l'on observa plutôt un affaissement qu'une perversion des facultés intellectuelles.

On ne trouva ici dans l'intestin grêle aucune trace de cette lésion des follicules que nous avons trouvée dans toutes les observations précédentes; mais le cœcum était gravement affecté. L'ulcération dont il était le siége avait-elle succédé à une maladie des follicules? On ne peut que le conjecturer.

XXXIIIe OBSERVATION.

Symptômes ataxo-adynamiques. Sangsues, vésicatoires, boissons délayantes. Ulcérations de la valvule iléo-cœcale et du cœcum. Perforation de l'estomac.

Un Allemand, âgé de vingt-cinq ans environ, présentait déjà un air de stupeur très-prononcé lorsqu'il entra à l'hôpital : air étonné, regard fixe, bouche béante, taciturnité, langue sèche, ventre ballonné, constipation, pouls fréquent et plein, peau chaude. (*Seize sangsues au cou; lavement émollient; tisane d'orge.*)

Les deux jours suivants, délire, tremblement des membres; carphologie; soubresauts des tendons, tellement multipliés, qu'ils empêchent de sentir le pouls; langue et dents fuligineuses. (*Application de vésicatoires aux extrémités inférieures; tisane d'orge.*)

Mort le quatrième jour de l'entrée.

OUVERTURE DU CADAVRE

29 heures après la mort.

Substance cérébrale très-ferme; assez forte injection des vaisseaux de la pie-mère: quelques gouttes de sérosité dans les ventricules et à la base du crâne.

Poumons sains, ainsi que le cœur.

L'estomac resserré n'offrait guère que le volume du colon; sa surface interne était médiocrement injectée. La portion du grand cul-de-sac en rapport avec la rate présentait une perforation d'un à deux pouces de diamètre; ses bords étaient arrondis et réguliers; le tissu de l'estomac, blanc autour d'elle, était en même temps singulièrement aminci. Il n'était d'abord formé, dans l'étendue de deux à trois lignes, que par la tunique péritonéale déchirée. Quelques gouttes d'un liquide rougeâtre existaient sur la face interne de la rate, qui, à l'endroit de la perforation, suppléait aux parois de l'estomac. Il n'y avait dans le péritoine aucun liquide épanché, aucune trace de phlegmasie.

Intestin grêle sain; larges ulcérations à fond rouge, à bords irréguliers, sur les deux faces de la valvule iléo-cœcale et dans le cœcum. Plusieurs plaques rouges dans les colons ascendant et transverse.

Les symptômes présentés par cet individu ne diffèrent pas de ceux que nous ont présentés la plupart des précédents malades; pour les expliquer, nous trouvons dans l'intestin la lésion ordinaire, seulement on peut remarquer ici que les ulcérations étaient bornées aux deux faces de la valvule iléo-cœ-

cale et au cœcum ; l'intestin grêle lui-même était partout très-sain.

De plus, cette observation nous présente une lésion que nous n'avons pas rencontrée dans les autres observations. C'est une perforation du grand cul-de-sac de l'estomac, sans qu'il y ait d'altération appréciable de cet organe hors du lieu même de la perforation. Bouchée par la rate, elle avait pu se faire, sans qu'aucun liquide s'épanchât de l'estomac dans le péritoine. L'observation suivante va nous offrir un cas dans lequel l'estomac se serait très-vraisemblablement aussi perforé, si l'individu eût vécu plus long-temps.

XXXIVe OBSERVATION.

Symptômes de méningo-encéphalite. Ulcérations intestinales ; ramollissement des parois de l'estomac. Traitement par les émissions sanguines et les purgatifs.

Une femme, âgée de vingt-quatre ans, accouchée il y a sept mois, ayant nourri pendant trois mois, n'ayant pas vu ses règles depuis, fut attaquée, y a quinze jours, sans cause connué, d'un violent mal de tête qui ne l'a pas quittée. Le 17 avril on lui fit une saignée de pied : elle prit un pédiluve. Le mal de tête n'en alla pas moins en augmentant.

Le 18, mal de tête plus violent que jamais ; pupilles dilatées ; yeux fermés, engourdissement dans les membres. (*Petit-lait avec un gros de nitre ; lavement purgatif ; bain de pied ; dix-huit sangsues au cou.*)

19, le mal de tête est assez violent pour que la malade se plaigne continuellement et pousse même des cris ; rétraction de la lèvre, dont la grande commissure droite se porte en

haut; dilatation des pupilles; bourdonnement d'oreilles; la vue n'est pas troublée; pouls peu fréquent, ventre souple et indolent; la malade pâlit et rougit par moments; langue un peu jaune; urine rare; pas de selles; les mouvements des bras semblent incertains. (*Dix-huit sangsues autour des oreilles, deux sinapismes aux pieds; lavement purgatif; petit-lait avec nitrate et acétate de potasse, de chacun un gros.*)

20, délire hier presque toute la journée sans intervalle lucide jusqu'à dix heures du soir. A cette époque, la malade avale sa potion d'un trait, s'endort et ne s'éveille qu'à six heures du matin. Ce matin, plainte moins fortes que la veille; affaissement plus grand; regard étonné; sensibilité émoussée; elle répond avec peine aux questions; pupille moins dilatée qu'hier; pouls petit, faible, peu fréquent; chaleur médiocre à la peau; ventre souple et indolent; selles abondantes. (*Vésicatoire à la nuque; petit-lait avec nitrate et acétate de potasse, de chaque un gros; deux lavements purgatifs.*)

21, la malade ne répond plus du tout aux questions; la sensibilité de la rétine semble très-faible, car l'œil reste fixe, quoiqu'on passe avec rapidité le doigt devant lui. Elle voit cependant, car elle considère ses doigts; de temps en temps la paupière supérieure s'abaisse à moitié au-devant du globe de l'œil; les joues pâlissent et rougissent tour-à-tour; une sueur froide en découle; la commissure droite des lèvres est tirée en haut; pas de plaintes; l'usage des facultés intellectuelles paraît d'ailleurs suspendu; le pouls, faible, petit et peu fréquent, au moment où j'aborde la malade, a acquis de la fréquence lorsque je la quitte; ventre souple; selle à la suite du lavement; on n'en a donné qu'un. (*Petit-lait avec crême de tartre soluble, demi-once, et manne, demi-once; deux lavements purgatifs; large vésicatoire sur toute la tête.*)

22, respiration un peu stertoreuse; bouche écumeuse; de temps en temps les paupières s'abaissent à moitié sur l'œil. L'œil droit de temps en temps se dévie en haut et en dehors. Dans d'autres moments les yeux restent tout-à-fait fermés. Pommette gauche plus rouge que la droite. On pince assez fortement le bras droit sans que la malade donne aucun signe de sensibilité. Elle retire le bras, au contraire, et sa physionomie prend l'expression de la douleur, lorsqu'on pince le bras gauche. Du reste, elle ne profère pas la moindre parole : les selles ont été abondantes à la suite des lavements; pouls petit et peu fréquent. (*Petit-lait avec demi-once de crême de tartre et une once de manne; deux lavements purgatifs; entretenir les vésicatoires.*)

23, physionomie plus calme; œil ordinaire; respiration libre; sensibilité encore très-émoussée, pas de réponse aux questions; pouls plus fréquent qu'hier; évacuations abondantes; lorsqu'on approche le doigt de l'œil, il se détourne et se ferme. (*Dix-huit sangsues aux pieds; petit-lait avec crême de tartre, demi-once, et manne, une once; lavement purgatif.*)

24, hier dans la journée il y avait un mieux sensible; la malade parlait, répondait aux questions. Ce matin perte absolue de connaissance, la vue paraît perdue; les yeux roulent dans l'orbite, la paupière supérieure est baissée à moitié; la sueur découle du visage, qui pâlit et rougit par intervalles; carphologie; mouvements automatiques; agitation des membranes inférieures; bouche écumeuse; pouls petit, rare, sans fréquence. (*Deux sinapismes aux pieds; saupoudrer de cantharides le vésicatoire de la tête; potion gommeuse avec une once d'huile de ricin, tisane commune, lavement pargatif.*)

Morte le 24 à onze heures du soir.

AUTOPSIE

Le 26 à neuf heures du matin.

Cerveau. Les veines de la surface extérieure des hémisphères sont gorgées de sang; le système capillaire n'est pas plus injecté qu'à l'ordinaire. Trois cuillerées à peu près de sérosité sont épanchées dans chaque ventricule latéral; la substance du cerveau est d'une grande mollesse.

Les poumons sont sains partout, excepté l'extrémité supérieure du poumon droit, où existe un gros tubercule.

Abdomen. De petites ulcérations à fond noirâtre, de cinq à six lignes de diamètre, bornées à la membrane muqueuse, sont éparses en assez grand nombre dans tout l'intestin grêle. Par leur forme, elles sont tout-à-fait semblables à celles que nous avons vues plusieurs fois succéder à la destruction des follicules de Brunner. Elles occupent surtout le tiers inférieur de l'iléum.

L'estomac incisé présente sur la surface interne de ses parois antérieure et postérieure cinq ou six érosions très-larges des membranes muqueuse, celluleuse et musculaire, de sorte que, dans ces points, les parois de l'estomac ne sont plus formées que par le péritoine, qui se laisse perforer par une pression légère du doigt. Du reste, la muqueuse n'est nullement enflammée, et l'on ne sait à quoi attribuer ces érosions.

Dans aucune des observations précédentes les symptômes nerveux n'ont été aussi prononcés, aussi continus, que dans celle qu'on vient de lire. Ces symptômes ont existé dès le dé-

but; il n'y avait rien d'appréciable du côté des voies digestives. Toutefois, ce fut seulement dans celles-ci qu'après la mort on trouva des lésions, tandis qu'on n'en découvrit pas dans les centres nerveux. Ces lésions annonçaient surtout un état morbide des follicules de Brunner, tandis que les plaques de Peyer ne présentaient aucune trace de la maladie; c'est le seul cas de ce genre que nous ayons encore rencontré. Le ramollissement considérable dont les parois de l'estomac étaient le siége est également digne de remarque.

§ III. OBSERVATIONS SUR L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE, PARVENUE A SA PÉRIODE DE GUÉRISON.

Nous avons observé quelques cas où la mort est survenue pendant la convalescence de la maladie, et nous avons pu alors constater l'état de l'intestin. Nous avons trouvé, dans des cas semblables, trois états : 1° les follicules soit agminés soit isolés, plus apparents que de coutume; il n'y avait pas eu dans ce cas d'ulcération antécédente; 2° à la place des follicules, des ulcères à fond et à bords blancs, sans épaississement de la muqueuse, et avec état sain du tissu cellulaire qui constitue le fond de ces ulcères; 3° à la place de ces follicules agminés, un tissu cellulo-muqueux, qui semblait être de nouvelle formation, et où l'on ne découvrait encore aucun vestige de follicules. Dans ce dernier cas, il y avait eu destruction de la couche villeuse et folliculeuse, et à mesure que la maladie avait marché vers la guérison, un nouveau tissu muqueux s'était reformé, n'ayant encore ni villosités, ni follicules apparents.

XXXVe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Fièvre continue légère; plus tard, symptômes adynamiques; disparition de ceux-ci; persistance d'un léger dévoiement; puis accidents cérébraux, et mort le trente-sixième jour. Médication tonique long-temps continuée. Plaques folliculeuses de l'intestin grêle plus apparentes que de coutume; follicules du gros intestin également plus apparents.

Un tailleur sur cristaux, âgé de vingt-deux ans, à Paris depuis sept mois, peau blanche, cheveux châtains, muscles grêles, jouissant habituellement d'une bonne santé, ressentit le 8 mai, sans cause connue, une grande fatigue, des douleurs vagues dans les membres, et une forte céphalalgie sus-orbitaire. Ces symptômes persistèrent les jours suivants. Le malade garda le repos et la diète. Il entra à la Charité dans la soirée du 13.

État du 14 : face rouge, yeux abattus; ensemble des traits présentant déjà un air de stupeur fort remarquable. Mouvements pénibles, paresse à répondre; pouls à peine fréquent, assez développé, mais irrégulier; peau chaude et moite; langue rouge, soif; persistance de la constipation. (*Tisane d'orge, lavement de lin, diète.*)

Même état le 15 et le 16. Une selle chaque jour. Toutes les trois pulsations, le pouls avait un arrêt bien marqué.

Le 17, la stupeur, l'air de prostration, s'étaient accrus d'une manière remarquable. En même temps, rougeur et sécheresse de la langue; deux selles liquides; fréquence plus grande du pouls, qui a perdu son irrégularité; chaleur brûlante de la peau. L'inflammation de la muqueuse digestive se dessinait plus fortement que les jours précédents. La stupeur considé-

rable dans laquelle était plongé le malade contre-indiquait-elle l'emploi d'une émission sanguine, ou bien cette stupeur n'était-elle que l'effet de la phlegmasie intestinale? M. Lerminier, après avoir élevé ces questions, tenta l'application de trente sangsues à l'anus. Leurs piqûres coulèrent abondamment; une sueur copieuse survint pendant la nuit. Le lendemain 18, l'amélioration n'était pas douteuse; la face surtout avait un aspect beaucoup plus naturel; les traits s'étaient relevés; la langue s'était humectée; la fièvre avait diminué.

Le 29, les symptômes graves du 17 avaient reparu. L'heureux effet de la première application de sangsues porta M. Lerminier à en prescrire une seconde : mais cette fois, elle ne parut pas avoir un résultat aussi avantageux. A la vérité, nous trouvâmes, le lendemain 20, la fièvre modérée, la langue humide et d'une bonne couleur; mais la prostration avait augmenté, la parole était un peu embarrassée, la tendance à l'adynamie était évidente. D'une autre part, les symptômes d'irritation intestinale ne paraissaient que bien légers, il n'y avait que peu de fréquence dans le pouls. Deux vésicatoires furent appliqués aux jambes, deux tasses d'infusion aqueuse de quinquina furent données.

Les deux jours suivants, la langue rougit et se sécha. Une seule selle liquide eut lieu toutes les vingt-quatre heures. Le ventre conservait de la souplesse. Le quinquina fut remplacé par une décoction de polygala gommée.

Les 22 et 24, la langue s'humecta et perdit sa rougeur. Dans la soirée du 24, sueur abondante. Le 25, *sudamina* sur l'abdomen; expectoration, depuis la veille, d'une assez grande quantité de crachats jaunâtres, très-épais. Amélioration remarquable.

Les quatre jours suivants, sueurs très-abondantes, crachats copieux, puriformes. Un léger dévoiement s'établit. L'amélio-

ration se prononça de plus en plus. (*Mêmes médicaments, quelques bouillons.*)

Le 30, le malade se plaignit d'avoir ressenti toute la nuit de fortes douleurs dans les membres. A la visite, nous le trouvâmes en sueur comme les jours précédents; mais nous observâmes que les doigts des deux mains, hors les indicateurs, étaient fortement fléchis sur la paume. Le malade ne pouvait les étendre qu'imparfaitement et avec beaucoup de peine. Il allait d'ailleurs très-bien, n'avait pas de fièvre, et pouvait être considéré comme convalescent. (*Infusion de camomille, crême de riz, bouillons, une tasse de vin.*)

Du 31 mai au 3 juin, trois onces de sirop de quinquina furent données chaque jour, dans le but surtout de combattre te ssueurs abondantes qui, se prolongeant outre mesure, semblaient retarder les progrès de la convalescence.

Le 5 juin, le vin de quinquina fut substitué au sirop. M. Chomel, qui avait pris momentanément le service, essaya de suspendre le léger dévoiement qui persistait, en ajoutant à la tisane d'orge gommée une petite quantité d'acide muriatique.

Du 3 au 9, l'état du malade resta à peu près le même. Il se décourageait, et les forces ne se rétablissaient pas. La flexion des doigts persistait.

Le 10, la stupeur reparut; le pouls redevint fréquent. L'on avait dit au malade que la peste régnait dans les hôpitaux de Paris. Cette fausse nouvelle le frappa vivement et il se regarda comme voué à une mort inévitable.

Les 11 et 12, décomposition rapide des traits de la face; légers mouvements convulsifs des muscles élévateurs de la commissure gauche des lèvres; yeux fixes, largement ouverts; pupilles également dilatées; flexion des doigts; intelligence nette; pouls lent, langue humide et vermeille; deux à trois selles. (*Même prescription.*)

Dans la matinée du 13, la face avait un aspect cadavérique. Les extrémités étaient glacées. Une sueur froide ruisselait de toute la surface de la peau. Le pouls ne se sentait plus. Cependant l'intelligence conservait encore toute sa netteté. Le malade demandait continuellement à boire. La langue conservait son aspect naturel. Une épistaxis assez abondante avait eu lieu la veille au soir. Mort dans la journée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Les méninges ne présentèrent aucune trace appréciable de lésion. La substance cérébrale, soigneusement examinée, n'était ni plus injectée, ni plus molle, ni plus consistante que dans l'état ordinaire. Une cuillerée à café environ de sérosité limpide existait dans chaque ventricule latéral. On n'en trouva point à la base du crâne. Le reste de l'encéphale et le prolongement rachidien n'offrirent non plus rien de remarquable.

Thorax. Les poumons, sains, n'étaient que très-légérement engoués à leur partie postérieure. Le cœur ne contenait qu'une petite quantité de sang noir liquide.

Abdomen. L'estomac, vu à l'extérieur, était divisé en deux portions par un rétrécissement circulaire qui existait à peu près à sa partie moyenne. Sa surface interne était blanche; la muqueuse d'épaisseur et de consistance ordinaires.

L'intestin grêle, y compris le duodénum, était très-pâle jusqu'à un demi-pied environ au-dessus du cœcum. Il présentait seulement, dans sa partie inférieure, six à sept plaques ovalaires, dont le fond grisâtre était paremé d'une foule de petits points noirs pressés les uns contre les autres. Dans l'espace de six pouces au-dessus du cœcum, la muqueuse était assez vive-

ment injectée, mais n'avait pas toutefois perdu sa transparence.

La surface interne du gros intestin, depuis le cœcum jusqu'au rectum, était parsemée d'une grande quantité de petits points noirs isolés, et non agglomérés comme dans l'intestin grêle. Autour d'eux, la membrane muqueuse faisait une légère saillie, d'où résultait une apparence tout-à-fait semblable à celle que présentent les cryptes muqueux de la peau lorsqu'ils ont acquis un plus grand développement que de coutume. Entre eux, la membrane muqueuse était blanche dans plusieurs points, injectée dans d'autres.

Les autres viscères abdominaux ne présentèrent rien de remarquable.

Chez ce malade, trouvons-nous quelque lésion qui puisse nous expliquer les symptômes et la mort?

Pour répondre à cette question, il est nécessaire de distinguer dans cette maladie les trois périodes suivantes :

1re *Période.* Elle commence à l'époque de l'invasion et s'étend jusqu'au moment où le malade entra à l'hôpital.

2e *Période.* Commençant à ce dernier moment, elle est caractérisée par l'apparition du dévoiement, la sécheresse de la langue, les progrès de la stupeur.

3e *Période.* Elle commence le 31 mai; les signes d'une affection cérébrale prédominent; la langue a repris son aspect naturel, un peu de dévoiement persiste.

Pendant les deux premières périodes les follicules intestinaux furent très-vraisemblablement le siége d'une inflammation dont l'intensité s'accrut avec la gravité des symptômes : si à cette époque l'individu eût succombé, on aurait très-probablement trouvé les plaques de Peyer rouges, tuméfiées, et

formant à la surface interne de l'intestin grêle, ces élevures ovalaires dont les précédentes observations nous ont montré plusieurs exemples ; nous aurions trouvé un peu plus tard avec cet exanthème de l'intestin grêle, de nombreux boutons rouges disséminés dans le gros intestin; nous aurions pu alors établir facilement un rapport entre les symptômes observés pendant la vie et les lésions intestinales rencontrées après la mort, et cette observation ne nous eût offert qu'une exacte répétition des précédentes. Mais ce n'est point dans ces deux premières périodes que succomba le malade; loin de là, les symptômes graves qu'il présentait alors s'amendèrent; le dévoiement diminua, la langue s'humecta, les forces se relevèrent, ce qu'on appelle l'état adynamique disparut; la lésion intestinale que nous avons vue jusqu'à présent correspondre constamment à cet état devait donc aussi diminuer; c'est effectivement ce qui eut lieu, et lorsque nous ouvrîmes le cadavre, nous n'en trouvâmes d'autre trace qu'un développement insolite des follicules de l'iléum et du gros intestin; encore un peu de temps, et ces follicules se seraient complètement effacés, ou bien ils auraient persisté, et l'individu fût resté sujet à de fréquents retours de diarrhée, sans autres symptômes graves (1).

La maladie marchait donc vers la guérison, lorsque survinrent de nouveaux symptômes, qui paraissaient avoir leur point de départ dans une lésion grave des centres nerveux; pour les

---

(1) Nous avons trouvé un semblable développement des follicules intestinaux, 1° chez des individus qui, plusieurs mois auparavant, avaient eu une fièvre dite adynamique; 2° chez d'autres qui n'avaient jamais eu de maladie semblable, mais chez lesquels, depuis un temps plus ou moins long, existait une diarrhée chronique; 3° chez quelques autres individus qui, n'ayant jamais eu non plus de fièvre grave, n'avaient pas même eu de dévoiement dans les derniers temps de leur vie. Il est très-commun de les rencontrer dans les

expliquer on ne trouva aucune altération appréciable de ces centres; cependant la stupeur des traits, portée en vingt-quatre heures au plus haut degré, l'expression particulière des yeux, la contraction permanente des fléchisseurs des doigts, les mouvements convulsifs des muscles de la face, enfin la nature même de la cause à laquelle la rechute pouvait être attribuée, semblaient annoncer l'existence d'une méningite aiguë. L'on n'observait toutefois ni douleurs de tête ni délire. Mais dans combien de variétés de méningites ne voit-on pas manquer ces symptômes!

Dans cette troisième période, un autre organe était-il le siége d'une lésion qui pût rendre raison des accidents nerveux qui la caractérisaient? Le cerveau, qu'on trouva sain, n'avait-il été que sympathiquement irrité? Ce siége, nous le cherchâmes vainement dans le reste du tube digestif, qui ne présentait d'anormal que ce développement des follicules, sur lequel nous avons déjà appelé l'attention. Telle que nous la trouvâmes, à l'époque où nous examinâmes le cadavre, il était bien évident que cette lésion des follicules n'avait pu exercer aucune influence sur les symptômes de la troisième période. Ainsi voilà un cas bien tranché où l'anatomie pathologique ne peut rendre compte en aucune façon et des désordres fonctionnels et de la mort.

Mais la maladie, bien que n'ayant laissé dans les organes

---

intestins des animaux, dans ceux des chiens, des chevaux et des moutons. Il paraît que naturellement l'appareil folliculaire intestinal est plus développé chez ces animaux que chez l'homme; aussi, ce qui est chez eux un état tout-à-fait physiologique, ne peut plus être regardé comme tel chez l'homme. (*Voyez*, pour la description de ces follicules dans leurs divers degrés de développement, notre *Précis d'Anatomie pathologique.*)

aucune trace de son existence, n'en avait pas moins un siége des plus évidents; les symptômes indiquaient que ce siége résidait dans le système nerveux. Fortement impressionné par une vive émotion morale, le cerveau s'irrita, et attira à lui le peu de forces que possédait encore l'individu. De là l'accroissement de la prostration, qui fit de rapides progrès, en même temps que les centres nerveux paraissaient devenir le siége d'une vie de plus en plus active.

Portons maintenant notre attention sur quelques-uns des phénomènes de la maladie, et sur son traitement.

La langue, rouge et humide dans la première période, sèche dans la seconde, conserva dans la troisième un aspect naturel. Cependant, avec cette langue naturelle, et bien qu'à l'ouverture du cadavre l'estomac fût trouvé très-sain, une soif ardente tourmenta le malade. Cette soif semblait être sympathique de l'état du cerveau, de même que, dans d'autres circonstances, on voit le délire, les convulsions, etc., se manifester comme phénomènes sympathiques de l'état de l'estomac. La plupart des actes de la vie nutritive peuvent ainsi être augmentés, diminués, ou pervertis dans leur exercice par la seule influence du système nerveux, et sans lésion matérielle correspondante.

La constipation exista au commencement de la maladie, à une époque où très-vraisemblement existait déjà la maladie des follicules; elle fut remplacée vers le treizième jour par un dévoiement qui ne fut jamais très-considérable, mais qui persista jusqu'à la fin.

L'abdomen fut constamment souple et indolent.

Le pouls offrit une irrégularité remarquable à une époque où la maladie ne présentait encore rien de grave. Cette irrégularité disparut à mesure que la maladie prit un caractère plus fâcheux. De ce cas, rapprocherons-nous celui d'un homme

cité par De Haën, dont le pouls, intermittent dans l'état de santé, devenait irrégulier toutes les fois qu'il avait de la fièvre? En rapprocherons-nous encore le cas suivant cité par Rasori? (Fièvre pétéchiale de Gènes, observation XIV.) Chez un individu atteint de la maladie épidémique, le pouls, qui, pendant son cours, n'avait jamais été intermittent, le devint à la cessation de la fièvre; l'on apprit alors de ce malade que dans son état de santé habituel il avait le pouls intermittent.

Le traitement fut d'abord antiphlogistique, et nous avons vu combien fut utile la première application de sangsues. Non-seulement sous son influence les symptômes de la phlegmasie gastro-intestinale s'amendèrent, mais encore la stupeur disparut, et les forces se relevèrent. A la suite de cette première émission sanguine une sueur abondante survint; mais le mieux ne fut que momentané, et la deuxième application de sangsues fut loin d'être aussi avantageuse que la première; au moins fut-elle suivie d'une augmentation rapide de la prostration. Ce résultat différent des deux saignées prouvait-il que, lorsque la première fut pratiquée, il y avait simple oppression des forces, tandis que plus tard il existait une adynamie réelle? Brown eût vu ici un cas de cette débilité indirecte qu'il regardait comme succédant, dans la plupart des maladies, à la période sthénique. Les toniques furent alors essayés; mais à peine le quinquina eut-il été donné que la langue se sécha; on le remplaça par la racine de polygala, et pendant l'administration de cette dernière substance la langue reprit son humidité.

Cependant la maladie ne se jugeait pas; son pronostic était encore fort incertain, lorsque dans la soirée du seizième jour des sueurs abondantes et une expectoration comme puriforme s'établirent spontanément. Cette double évacuation, qui fut accompagnée d'une amélioration bien tranchée, continua à

avoir lieu les quatre ou cinq jours suivants. Fut-elle critique, dans le sens que les auteurs attachent à ce mot? Nous pourrons voir dans les autres volumes, et nous verrons plus bas dans celui-ci un certain nombre de cas dans lesquels il y eut une coïncidence remarquable entre l'apparition d'une sueur et le passage rapide d'un état grave de maladie à une franche convalescence; mais on voit plus rarement l'apparition de crachats coïncider avec un changement semblable. En lisant les auteurs, il est facile de voir que les crachats qu'ils ont appelés critiques ne sont le plus souvent autre chose que la terminaison naturelle d'un catarrhe pulmonaire qui compliquait la maladie, et qui se résout en même temps qu'elle. Il ne semble pas cependant que ce fût là le cas de notre malade. Il expectora tout-à-coup des mucosités opaques, puriformes, sans avoir présenté les jours précédents aucun symptôme d'irritation pulmonaire; mais il n'avait point été ausculté.

Notons d'ailleurs que la sueur persista au-delà du temps pendant lequel elle pouvait être considérée comme critique.

XXXVIe OBSERVATION.

Au début, symptômes de fièvre bilieuse; plus tard, symptômes ataxo-adynamiques. État de plus en plus grave pendant que des émissions sanguines sont pratiquées; amélioration, en même temps que des toniques sont administrés. Mort pendant la convalescence par suite d'un phlegmon de la cuisse. Plaques folliculeuses de l'intestin grêle plus apparentes que de coutume. Développement également plus considérable des follicules du gros intestin.

Un jeune homme de dix-huit ans, d'une faible constitution, se nourrissant habituellement bien, et ne paraissant s'être livré à aucun genre d'excès, ressentit, le 15 septembre 1822,

de la céphalalgie, un malaise général; il perdit l'appétit, et présenta, les jours suivants, l'ensemble des symptômes d'une fièvre bilieuse. (*On appliqua douze sangsues à l'anus.*) Le huitième jour, il entra à la Charité. A cette époque, la prostration avait déjà fait des progrès considérables. Le malade interrogé répondait en balbutiant d'une manière à peu près inintelligible; cependant il paraissait comprendre assez bien les questions qui lui étaient adressées. Il tirait facilement la langue. Il avait eu un délire complet toute la nuit; un air de stupeur était répandu sur sa physionomie : les yeux étaient un peu fixes, les pupilles contractées; langue rouge à sa pointe et sur ses bords, blanchâtre et sèche à son centre; dents encroûtées; ventre fortement ballonné; constipation opiniâtre depuis le début de la maladie; pouls fréquent, assez dur et résistant; peau chaude et sèche; respiration accélérée.

Les symptômes ataxo-adynamiques s'étaient montrés prématurément chez ce jeune homme. Cependant aucune cause débilitante ne paraissait avoir agi sur lui; la dureté du pouls éloignait l'idée d'une prostration réelle. Dans cet état de choses, M. Lerminier pensa qu'une émission sanguine était indiquée. (*Saignée de six onces; embrocation d'huile de camomille camphrée sur le ventre; lavement; petit lait tamariné; tisane d'orge.*)

Le lendemain 23, la prostration était plus considérable; le malade interrogé ne faisait même plus effort pour répondre; il avait poussé des cris une grande partie de la nuit. Le pouls, aussi fréquent, avait perdu sa dureté : on le déprimait facilement. La langue avait le même aspect; mais elle *s'accrochait* entre les dents, où le malade semblait l'oublier. Une selle avait eu lieu; le ballonnement du ventre était moindre. Le sang tiré la veille fixa notre attention; il était formé d'un caillot mou, sans couenne, comme dissous.

L'état du malade avait évidemment empiré; le même mode de traitement fut cependant continué. (*Douze sangsues furent appliquées à l'épigastre, et quatre derrière chaque oreille; sinapisme mitigé, dans la soirée, à l'une des jambes; lavement de guimauve; tisane d'orge; mêmes embrocations sur l'abdomen.*)

Le 24, pouls très-fréquent et faible, peau brûlante. La vessie, distendue par l'urine, formait, au-dessus du pubis, une tumeur dure et globuleuse. On fut obligé d'avoir recours à la sonde. Même état d'ailleurs. (*Douze nouvelles sangsues à l'épigastre, et huit au cou.*) Dans la journée, l'intelligence se rétablit un peu; la nuit fut assez calme.

Cette amélioration n'existait plus dans la matinée du 25. La langue, très-sèche, s'était fendillée à son centre; le ballonnement du ventre était extrême; une selle. Le malade, les yeux fixes et tournés en haut, la physionomie immobile, semblait plongé dans une sorte d'extase; il prononçait avec peine quelques mots inintelligibles. La peau avait perdu sa chaleur brûlante; le pouls, très-fréquent, se laissait facilement déprimer. Eschare au sacrum. (*Douze sangsues à l'épigastre, quatre derrière chaque oreille; même prescription du reste.*)

Le 26, même état à peu près que la veille. Fuliginosités des dents et des lèvres.

Ainsi le traitement antiphlogistique, continué avec persévérance pendant plusieurs jours, n'avait produit aucun effet avantageux. Loin de là, la maladie avait sensiblement empiré chaque vingt-quatre heures, après chaque application de sangsues. Le danger était imminent; le malade allait entrer dans cette dernière période de l'adynamie, où tous les secours de l'art semblaient inutiles. M. Lerminier n'hésita pas dès lors à employer les toniques. (*Infusion aqueuse de quinquina*

avec addition de deux onces de sirop d'écorces d'oranges amères; tisane d'orge, sinapisme mitigé; frictions aromatiques sur les membres, mêmes embrocations sur le ventre.)

Dès le lendemain 27, nous trouvâmes une amélioration non douteuse : l'état d'extase n'existait plus; le malade parlait et répondait assez bien, sa langue s'était humectée; le ventre était plus souple; trois selles eurent lieu. (*Même prescription.*)

Dans la journée, de gros boutons rouges, côniques, apparurent sur l'épigastre et à la partie inférieure du sternum. Le lendemain matin 28, ils étaient blancs, varioliformes, semblables à ceux que produit l'emplâtre émétisé; ils causaient une vive douleur. Le mieux se soutenait; la langue était humide et blanchâtre, l'intelligence nette, le ventre assez souple, le pouls médiocrement fréquent, la peau sans chaleur. Deux selles. (*Même prescription.*)

Le 29, même état; persistance de l'éruption, chute de l'escharе du sacrum.

Le 30, il n'y avait plus de symptômes adynamiques; la face avait repris un aspect naturel; la langue présentait une belle couleur vermeille. (*Le quinquina fut supprimé; deux bouillons; une tasse de vin avec de l'eau.*)

Le 1er octobre, apparition aux fesses de boutons semblables à ceux de l'épigastre; légère épistaxis; deux selles, suppuration abondante du petit ulcère du sacrum.

Du 1er au 5 octobre, le pouls perdit peu à peu sa fréquence, les boutons se desséchèrent, l'ulcère du sacrum diminua; le malade touchait à la convalescence. (*On soutenait ses forces par des bouillons et par un peu de vin.*)

Le 6 octobre, le pouls reprit sa fréquence, et la peau sa chaleur. Cependant toutes les fonctions, soigneusement exa-

minées, ne parurent pas plus lésées que les jours précédents. Les 7 et 8, persistance de la fièvre. Le 9, le malade accusa, pour la première fois, une douleur à l'aine gauche: on y découvrit un abcès considérable; la cause de la fièvre fut dès lors connue. Cet abcès s'ouvrit spontanément; une quantité considérable de pus s'en écoula; la peau était décollée dans une vaste étendue. (*Infusion de quinquina; vin de quinquina.*) Le malade succomba le 14 octobre, épuisé par cette abondante suppuration.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Une partie de la surface convexe de l'hémisphère gauche du cerveau était recouverte par une fausse membrane, d'un blanc mat, dense, épaisse, presque fibreuse, placée hors de la cavité de l'arachnoïde, entre celle-ci et la pie-mère. Une autre fausse membrane semblable était interposée du même côté entre l'arachnoïde et la dure-mère. La substance cérébrale était saine; les ventricules ne contenaient que peu de sérosité.

Thorax. Cœur et poumons sains.

Abdomen. L'estomac, fortement contracté, n'avait, dans presque toute son étendue, que le volume d'un intestin grêle; sa surface interne était généralement blanche, légèrement injectée en quelques points.

Les quatre cinquièmes supérieurs de l'intestin grêle ne présentèrent aucune altération. Dans le cinquième inférieur, la membrane muqueuse offrait, en plusieurs points, une couleur plus brune, une épaisseur un peu plus grande et une surface comme rugueuse. Ces espèces de plaques isolées n'étaient-elles pas les cicatrices d'anciens ulcères?

Le gros intestin était parsemé d'un assez grand nombre de petites taches, d'un blanc plus mat que le reste de la muqueuse, arrondies, entourées d'un cercle noir, et marquées d'un point noir à leur centre.

La suppuration de l'aine avait eu son siége primitif dans un ganglion lymphatique; elle avait fusé au loin sous la peau, dont elle avait opéré le décollement dans une grande étendue. Une autre collection purulente non moins vaste existait au-dessous de la peau de l'épigastre, là où avait apparu l'éruption.

Cette observation nous présente un état de l'intestin analogue à celui que nous avons trouvé chez le sujet de l'observation XXXV. Dans ces deux cas, aussi, la mort n'eut lieu qu'un certain temps après la cessation de la maladie dont les deux individus étaient atteints à l'époque de leur entrée à l'hôpital. Les follicules du gros intestin sont exactement semblables dans les deux observations. Ceux de l'intestin grêle sont ici moins distincts que dans l'observation XXXV. Ils n'offrent plus de points noirs caractéristiques; cependant il n'est pas douteux que c'était de leur présence que dépendaient ces plaques brunes et légèrement saillantes trouvées vers la fin de l'iléum. Ces plaques étaient restées comme la trace de l'exanthème, dont la fin de l'intestin grêle avait été le siége peu de temps auparavant.

Le malade fut d'abord traité par la méthode antiphlogistique. Pendant plusieurs jours de suite des sangsues furent appliquées simultanément au cou et à l'épigastre, et cependant chaque jour nous n'en vîmes pas moins tous les symptômes s'aggraver, la langue se sécher et noircir, le ventre se ballonner, le trouble de l'intelligence augmenter, l'état ataxo-ady-

namique se prononcer de plus en plus. Ce fut alors qu'à ce traitement fut substituée une médication tonique : vingt-quatre heures après qu'on eut commencé à administrer du quinquina, la langue s'humecta, l'intelligence se rétablit, le ventre reprit sa souplesse, les forces se relevèrent, etc. Les jours suivants les toniques furent continués, et, pendant qu'ils étaient donnés, le malade entra en convalescence.

La cessation des symptômes graves et de la fièvre coïncida avec différents phénomènes dignes de remarque. On vit alors apparaître simultanément des épistaxis, une diarrhée légère, des abcès en divers points du corps, une éruption varioliforme à l'épigastre et aux fesses. Dans leur langage figuré les anciens eussent donné à ces divers phénomènes le nom d'efforts critiques de la nature. Malheureusement un de ces efforts dépassa le but, si je puis ainsi parler, et nous vîmes l'abcès établi à l'une des régions inguinales entraîner le malade au tombeau, par l'abondante suppuration qu'il produisit.

Remarquons, comme un fait curieux d'anatomie pothologique, cette couche fibreuse qui doublait les deux faces de l'arachnoïde d'un des hémisphères cérébraux. Cette production était certainement fort ancienne : ce n'est point à elle qu'on peut rapporter aucun des symptômes que présenta le malade pendant son séjour à l'hôpital.

XXXVIIe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Symptômes de fièvre grave. Traitement par les émissions sanguines au début ; plus tard, simples boissons délayantes. Mort de pneumonie pendant la convalescence. Ulcérations blanches, avec fond au niveau des bords, vers la fin de l'intestin grêle.

Un maçon, âgé de vingt-huit ans, à Paris depuis peu de

mois, entra à la Charité avec les divers symptômes qui caractérisent la fièvre bilieuse : céphalalgie sus-orbitaire; teinte jaune du pourtour des lèvres et des ailes du nez; rougeur vive des pommettes; langue couverte d'un enduit jaunâtre épais; bouche amère; désir des boissons acides; soif; ventre souple et indolent; trois ou quatre selles liquides en vingt-quatre heures; pouls fréquent et dur; chaleur âcre à la peau; réponses embarrassées, pénibles; intelligence obtuse; le malade ne se souvient que confusément de ce qui lui est arrivé avant son entrée à la Charité. (*Vingt sangsues à l'anus; tisane d'orge; diète.*)

Le lendemain, même état. (*Tisane d'orge; sinapismes.*)

Les jours suivants la langue rougit et se sèche; le ventre se météorise légèrement; le dévoiement persiste; l'intelligence devient de plus en plus obtuse; de temps en temps il y a du délire. Une saignée de douze onces est pratiquée : vingt-quatre heures après cette émission sanguine, tout s'est aggravé; le malade ne répond plus aux questions; on aperçoit avec peine la langue sèche et fendillée; une mucosité visqueuse, d'un gris sale, couvre les lèvres et les dents; sept ou huit selles liquides ont lieu; le pouls est très-fréquent et faible; la peau a peu de chaleur; on observe quelques soubresauts des tendons. (*Tisane d'orge gommée; diète; sinapismes aux jambes.*)

Pendant les six jours suivants l'état du malade resta stationnaire : on ne fit autre chose que donner la tisane d'orge.

Au bout de ce temps les facultés intellectuelles reprirent peu à peu leur lucidité, la stupeur diminua, les mouvements devinrent plus libres, la langue s'humecta, les lèvres et les dents se nettoyèrent, le dévoiement devint moindre, mais ne disparut pas complètement.

Le malade fut bientôt regardé comme convalescent; il ne

présentait plus effectivement d'autres phénomènes morbides qu'un peu de dévoiement; la peau était restée constamment sèche. On permit quelques bouillons, puis quelques potages; un peu de vin fut accordé.

La convalescence semblait se consolider de plus en plus, bien qu'il restât toujours un peu de dévoiement, lorsqu'un jour nous trouvâmes de nouveau de la fièvre; le malade nous dit que depuis la veille il avait été pris d'un point de côté; nous reconnûmes bientôt tous les signes d'une pneumonie commençante. Les jours suivants, elle devint de plus en plus intense, et se termina par la mort. Aucune saignée ne fut pratiquée; on appliqua des vésicatoires sur la poitrine et aux extrémités inférieures.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Rien de remarquable dans le cerveau et ses annexes.

Hépatisation rouge des lobes inférieur et moyen du poumon droit; légère exsudation membraniforme sur la plèvre de ce côté.

Pâleur remarquable de la membrane muqueuse gastro-intestinale depuis le cardia jusqu'à l'anus. Dans l'étendue d'un demi-pied au-dessus du cœcum, l'on trouva cinq ou six points blancs comme le reste où la membrane muqueuse n'existait pas. A sa place, on trouva à nu le tissu cellulaire sous-muqueux, qui n'était nullement altéré.

Rien de remarquable dans les autres organes.

Il nous paraît très-vraisemblable que les endroits de l'iléum où nous ne trouvâmes pas de membrane muqueuse étaient

d'anciennes ulcérations qui étaient sur le point de se cicatriser; une légère diarrhée était le seul signe qui pût nous porter à penser qu'il y avait encore quelque lésion des voies digestives, lorsque tout annonçait une franche convalescence. Si la pneumonie n'eût frappé qu'un peu plus tard cet individu, il est très-probable que nous n'aurions plus trouvé d'ulcérations à proprement parler, et que dans ces endroits où nous trouvâmes encore à nu le tissu cellulaire sous-muqueux, nous aurions rencontré une membrane de nouvelle formation, semblable à celle dont l'observation suivante va nous offrir un exemple.

Si l'on ne peut pas affirmer que chez l'individu qui fait le sujet de cette observation les émissions sanguines furent nuisibles, au moins est-il bon de faire remarquer qu'elles n'enrayèrent point la marche de la maladie; loin de là, le lendemain de la saignée, l'état adynamique se prononça davantage, et tous les symptômes s'aggravèrent d'une manière notable. Nous croyons qu'on eût fait beaucoup de mal, en insistant davantage sur les émissions sanguines; d'un autre côté, les toniques eussent-ils été utiles? l'observation précédente nous porterait à l'affirmer. Quoi qu'il en soit, on s'en abstint ici complétement, et, si l'on en excepte quelques sinapismes appliqués aux jambes, le malade fut entièrement abandonné à la nature. Seule, elle suffit pour amener cette grave affection à une terminaison heureuse; seule aussi, elle eût vraisemblablement achevé la cicatrisation complète des ulcères intestinaux.

Cette cicatrisation, du reste, se fait quelquefois très-longtemps attendre; il est des cas où les ulcères survivent à la maladie aiguë, et causent une diarrhée chronique qui s'accompagne d'une petite fièvre lente, et entraîne les individus au tombeau après les avoir peu à peu plongés dans le dernier

degré du marasme. C'est ce que nous avons vu en particulier chez une jeune fille, âgée de dix-sept ans, qui entra à la maison royale de santé avec les symptômes d'une fièvre ataxo-adynamique des plus graves. Pendant près d'un mois, elle eut la langue sèche et noire, le ventre ballonné, une diarrhée continuelle, un pouls très-fréquent, une chaleur âcre à la peau, et différents accidents nerveux, tels que stupeur, délire, coma, soubresauts des tendons, etc. Au bout de ce temps, la langue redevint humide et pâle, le ventre s'affaissa, les symptômes nerveux disparurent, la peau perdit sa chaleur, mais le pouls conserva un peu de fréquence, et la diarrhée ne cessa pas. Pendant les deux mois suivants, le flux de ventre persista; cinq à six selles liquides avaient lieu chaque jour; le ventre était d'ailleurs plat et complétement indolent. Il n'y avait d'autre phénomène morbide que cette diarrhée, et de plus de jour en jour la malade dépérissait, et arrivait au marasme. Elle s'éteignit après trois mois de maladie. Quelques sangsues appliquées au commencement, soit à l'anus, soit sur les parois abdominales, des vésicatoires promenés sur différents points de ces mêmes parois, des lavements avec addition de laudanum ou de diascordium fréquemment répétés; plus tard, d'autres lavements avec décoction de racine de ratanhia, de simples boissons mucilagineuses données par la bouche, tels furent les principaux moyens employés; ils furent sans influence. Une diète sévère fut d'abord observée; plus tard, on nourrit la malade avec diverses fécules, du lait et des œufs. Elle prenait d'ailleurs des aliments avec plaisir, si ce n'est dans les quinze derniers jours de sa vie, où, sans cause connue, il survint des vomissements bilieux, qui hâtèrent la mort de quelques jours.

A l'ouverture du corps, voici ce que nous trouvâmes dans le tube digestif.

Toute la surface interne de l'intestin grêle était d'une pâleur remarquable, et toutes ses tuniques étaient singulièrement amincies. Dans le sixième inférieur de l'iléum, on apercevait un certain nombre de plaques de Peyer qui faisaient une légère saillie au-dessus du niveau de la membrane muqueuse, et qui offraient une teinte bleuâtre. Tout près du cœcum existaient quatre ulcérations, dont deux auraient pu admettre chacune une pièce de cinq francs, et dont les deux autres n'excédaient pas le diamètre d'une pièce de quarante sous. Le fond de ces quatre ulcérations était constitué par la tunique musculaire, et çà et là on voyait sur ce même fond, qui était parfaitement blanc, quelques débris de la membrane muqueuse, qui avait une teinte d'un noir bleuâtre. Cette même teinte se montrait, dans l'espace de deux lignes, au pourtour de chaque ulcération.

La surface interne du gros intestin présentait un grand nombre de petits points noirs, qui nous parurent être autant de follicules ; entre ces points, la membrane muqueuse était blanche, mais singulièrement friable.

Les ganglions mésentériques n'étaient que fort peu développés.

Quant à l'estomac, il était coloré par de la bile à sa surface interne dans presque toute son étendue. Partout sa membrane muqueuse était d'une bonne consistance ; elle présentait, vers la région pylorique, un peu de mamelonnement, on n'y trouvait pas la moindre trace d'injection. Ainsi les vomissements bilieux qui avaient eu lieu pendant les derniers temps de la vie ne pouvaient pas s'expliquer par un état inflammatoire de l'estomac, et la cause qui, plusieurs jours de suite, avait appelé la bile dans cet organe, nous échappe entièrement. Le foie n'était que pâle.

Ajoutons que, comme dans les cas où la mort survient pen-

dant la période d'acuité, nous trouvâmes la rate doublée de volume et ramollie.

Dans le cas que nous venons de rapporter, la persistance des ulcérations entretint la diarrhée, long-temps après que tous les symptômes de la maladie aiguë avaient disparu. Voici un autre cas recueilli par nous, comme le précédent, à la maison royale de santé, dans lequel, bien que les ulcérations persistent aussi, la diarrhée cesse, en même temps que s'amendent tous les symptômes. Il s'agit dans ce cas d'un jeune homme de vingt-deux ans, qui fut reçu dans nos salles avec les divers symptômes d'une fièvre continue grave (stupeur, trouble de l'intelligence, grande prostration, langue sèche et fuligineuse, ballonnement du ventre, diarrhée abondante, pouls très-fréquent, taches rosées sur le ventre). Peu à peu, ces symptômes s'amendèrent, et une sorte de convalescence sembla commencer : la langue avait repris l'aspect le plus naturel ; le ventre était devenu souple ; pressé sur tous ses points, il était partout indolent ; le *dévoiement avait cessé*, et des lavements devaient être administrés pour que des selles eussent lieu. Mais, d'un autre côté, la fréquence du pouls ne cessait pas, la malade continuait à maigrir, et chaque jour ses forces diminuaient. Il resta trois mois dans cet état, n'accusant aucune douleur, ayant toute son intelligence, recevant quelques doux aliments, et paraissant les digérer ; n'allant à la selle que par lavement, et ne rendant jamais que quelques scybales fort dures. Arrivé par degrés à un marasme squelétique, il cessa de parler, ses extrémités se refroidirent, son pouls disparut, et il s'éteignit, après avoir perdu seulement, pendant les dernières vingt-quatre heures de sa vie, un peu de la lucidité de son intelligence. *Le dévoiement ne reparut pas un seul instant;* les urines étaient remarquables par la fétidité insupportable qui s'en exhalait au moment même où elles venaient

d'être rendues; elles étaient en même temps très-troubles.

L'ouverture du corps nous montra les altérations suivantes:

Aucune altération appréciable n'existait dans l'encéphale et ses annexes.

Le poumon gauche, remarquable par sa grande légèreté, était vide de sang; le poumon droit était plus lourd; vers la partie inférieure de son lobe supérieur, existait un engorgement circonscrit qui occupait le volume d'une grosse noix; dans cet espace, le parenchyme pulmonaire était imperméable à l'air, grenu à l'incision, d'un gris sale, et très-friable. La partie postérieure de ce même poumon était engouée.

Le tissu du cœur était ferme et pâle. Ses cavités contenaient des caillots constitués par de la fibrine blanche. Les vaisseaux n'étaient pas colorés, et contenaient un peu de sang liquide.

A l'union de ses quatre cinquièmes supérieurs avec son cinquième inférieur, l'œsophage présentait deux ulcérations ovalaires, dont le plus grand diamètre était dirigé suivant l'axe de l'œsophage. Un peu au-dessous de ces ulcérations, l'épithélium était détruit, puis il reparaissait sous forme d'une bande irrégulièrement découpée, dans l'étendue d'un pouce de largeur autour du cardia.

L'estomac était partout blanc à sa surface interne. Dans la portion pylorique, la membranne muqueuse était mamelonnée; dans la partie splénique, elle était assez mince; partout néanmoins dans cette portion elle existait, et partout on pouvait la détacher, par lambeaux, des tissus subjacents. L'estomac contenait une petite quantité de liquide sans odeur.

Le jéjunum ne présentait autre chose qu'une coloration jaune du bord libre des valvules.

L'iléum, dans son quart inférieur, offrait un grand nombre de follicules de Brunner, blancs, et faisant saillie au-dessus du niveau du col de la muqueuse, et de plus une demi-douzaine

de plaques elliptiques. Celles-ci avaient une couleur noire qui en constituait comme le fond. Au-dessus de ce fond noir, on voyait un certain nombre de follicules agglomérés, semblables à ceux de Brunner, et constituant par leur assemblage comme un second plan non continu, et d'un blanc-grisâtre, au-dessus de l'autre plan plus profond et noir. En certains points de ces plaques, on trouvait des ulcérations dont les bords étaient noirs, et dont le fond, au niveau des bords, était constitué par la membrane musculaire, dont on voyait à nu les fibres transversales parfaitement blanches.

La valvule et la surface interne du cœcum présentaient une teinte d'un gris ardoisé.

Dans le colon on trouvait un grand nombre de petits follicules à peine saillants, mais reconnaissables à un point noir qui constituait le centre d'une légère élevure où la muqueuse était d'un blanc plus mat, élevure que circonscrivait un autre cercle grisâtre.

En un point du colon, on trouvait une ulcération qui paraissait tendre à la cicatrisation. Cette ulcération arrondie, pouvant admettre une pièce de cinq sous, était bornée par un cercle noir. Son fond était au niveau du reste de la muqueuse ; il était constitué par une membrane fine, semblable à la membrane des sinus, sur laquelle se dessinait un réseau vasculaire.

La rate était peu volumineuse et assez molle. Le foie était pâle et dense. L'appareil urinaire était sain.

XXXVIIIe OBSERVATION.

Symptômes ataxo-adynamiques. Mort de pneumonie pendant la convalescence. Membrane mince, sans follicules ni villosités, se continuant avec la membrane muqueuse, dans les points ordinairement occupés par les follicules agminés.

Nous n'avons point observé pendant sa vie l'individu qui fait le sujet de cette observation. Nous apprîmes qu'entré deux mois auparavant à la Charité, il y avait présenté tous les symptômes d'une fièvre grave; qu'il en était complétement guéri, et qu'il était sur le point de quitter l'hôpital, lorsqu'il avait été pris d'une pneumonie, à laquelle il avait succombé.

Nous trouvâmes, en effet, un mélange d'hépatisation rouge et grise dans une grande partie du poumon gauche. L'estomac nous offrit une arborisation légère vers son grand cul-de-sac; cette même arborisation se montrait en plusieurs points de l'intestin grêle. Près du cœcum apparaissaient sept ou huit endroits où la membrane muqueuse était beaucoup plus mince qu'ailleurs; en l'examinant sous l'eau au soleil, nous constatâmes que dans ces mêmes endroits cette muqueuse, qui paraissait d'une minceur insolite, ne présentait aucune trace des villosités qui abondaient dans les parties environnantes; on l'eût prise pour une portion de membrane muqueuse bronchique. Ces endroits correspondaient à ceux qui sont ordinairement occupés par les plaques de Peyer. Nous pensâmes qu'il y avait eu une époque de la maladie où ces plaques avaient été détruites; que plus tard les ulcères qui avaient succédé à la destruction de la muqueuse s'étaient cicatrisés et que la membrane trouvée au lieu ordinairement oc-

cupé par ces plaques était une muqueuse nouvellement formée, une simple couche cellulo-vasculaire qui, déjà pourtant, se continuait avec les portions de muqueuse qui jadis avaient constitué les bords des ulcérations. Des villosités se seraient-elles formées plus tard sur cette nouvelle membrane?

Dans les observations diverses que nous avons citées jusqu'à présent, nous avons pu voir la dothinentérie naître avec la fièvre, persister dans tout son cours, et cesser avec elle, ou n'exister après elle qu'en simple vestige. Comment ne pas attribuer la plus grande influence sur la production des symptômes à une lésion qui se montre et disparaît avec eux? Cependant ces symptômes ne peuvent-ils exister que lorsqu'il y a dothinentérie? Les observations suivantes vont nous prouver le contraire.

ARTICLE II.

FIÈVRES CONTINUES, LIÉES A D'AUTRES FORMES D'INFLAMMATION GASTRO-INTESTINALE QU'A L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE.

Dans toutes les observations que comprend cet article, nous allons retrouver encore les différents symptômes que nous ont offerts les observations de l'article 1er, et qui, par leur ensemble, constituent les fièvres ataxiques et adynamiques, telles que Pinel les a décrites. Mais dans quelques-unes de ces observations seulement, nous verrons ces fièvres présenter la même marche, la même durée, le même enchaînement de phénomènes morbides que dans celles qui sont liées à l'inflammation spéciale des follicules intestinaux; ce seront encore des fièvres typhoïdes, dans le sens que M. Louis a attaché à cette expression. Ce sont là, sans doute, de simples exceptions, et

il n'en reste pas moins vrai que la fièvre typhoïde, telle que l'a décrite M. Louis, coïncide presque toujours avec une affection des glandes de Peyer ; mais ces exceptions, dont M. Louis a publié lui-même deux cas, il importe de les signaler.

Cette fièvre, qui se caratérise moins par les symptômes mêmes qui l'accompagnent que par leur ensemble et par la manière dont ils s'enchaînent et se succèdent, nous ne la retrouverons plus dans d'autres observations, qui cependant nous présenteront encore *l'état typhoïde*, ou, si l'on veut, ces mêmes symptômes ataxiques ou adynamiques qui acquièrent dans les typhus proprement dits leur maximum de développement.

XXXIXe OBSERVATION.

Délire et autres symptômes nerveux. Langue naturelle. Ulcérations multiples dans l'estomac. Aucune autre lésion.

Un cordonnier, âgé de quarante-cinq ans, d'une très-forte constitution, entra à la Charité le 4 octobre 1820, dans un état de délire tel, qu'on ne put obtenir aucun renseignement sur son état antécédent.

Dans la matinée du 5, nous observâmes l'état suivant : yeux hagards, rire sardonique, pas de réponse aux questions. La face exprimait la douleur dès qu'on pressait un peu un point quelconque du ventre; mais elle l'exprimait aussi lorsqu'on pressait soit sur les côtes, soit sur les membres. Langue humide et de couleur ordinaire; pas de selle depuis son entrée; respiration libre, pouls assez développé, de fréquence médiocre : peu de chaleur à la peau.

Mort à huit heures du soir.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Cerveau parfaitement sain, ainsi que ses membranes; pas d'épanchement, soit dans les ventricules, soit à la base du crâne.

Organes thoraciques sains.

La surface interne de l'estomac présentait, le long de la grande courbure, six à huit petites ulcérations superficielles, arrondies, à fond rouge, ayant, terme moyen, le diamètre d'un centime. Dans leur intervalle, la muqueuse n'était que médiocrement rouge.

Aucune ulcération n'existait dans le reste du canal digestif; il présentait quelques plaques rouges peu nombreuses.

Rien de remarquable dans les autres organes.

Dans ce cas, comme dans beaucoup des précédents, le cerveau semblait être le point de départ de tous les symptômes; dans cet organe paraissait être le siége primitif de la maladie. Cependant le cerveau et ses annexes furent trouvés exempts de toute lésion, et le tube digestif, qui n'avait présenté pendant la vie aucun désordre fonctionnel, fut la seule partie qu'on trouva altérée sur le cadavre. Mais cette altération diffère beaucoup de celles que nous ont offertes les observations précédentes. Les plaques de Peyer étaient intactes; l'intestin grêle, ainsi que le gros intestin, étaient sains: l'estomac seul était malade, et, ce qui est bien remarquable, c'est que, dans ce cas, où la surface interne de l'estomac était parsemée de nombreuses ulcérations, la langue nous avait offert pendant la vie l'aspect le plus naturel.

Les symptômes présentés par ce malade ne diffèrent pas d'ailleurs de ceux que nous ont offerts un grand nombre d'individus, chez lesquels les glandes de Peyer étaient spécialement affectées. Nous allons encore retrouver, dans plusieurs des observations qui vont suivre, la même identité de symptômes avec des lésions qui résideront toujours dans le tube digestif, mais qui différeront beaucoup les unes des autres, soit par leur siége, soit par leur nature.

XLe OBSERVATION.

Symptômes ataxiques; alternatives de délire et d'intelligence lucide; hydrophobie; convulsions. Langue naturelle; pouls sans fréquence. Rougeurs en divers points du tube digestif. Injection de la substance cérébrale. Tubercules pulmonaires.

Un garçon limonadier, âgé de vingt ans, toussant depuis un an, et ayant plusieurs fois craché du sang, ressentit un malaise général dans les premiers jours du mois de novembre 1820. Le 10, il entra à la Charité. Il toussait beaucoup; ses crachats étaient visqueux, un peu sanguinolents; le pouls était à peine fréquent. (*Saignée de deux palettes.*) Le sang n'offrit pas de couenne. Le 11, nous trouvâmes le malade plongé dans un état de torpeur. Interrogé, il ne répondit rien; si on le soulevait, il se laissait retomber comme une masse inerte, et cachait sa tête sous les couvertures. Le pouls était d'une lenteur remarquable, la face très-pâle; la langue conservait son aspect naturel. Des symptômes semblaient marquer le début d'une hydrocéphale aiguë. (*Huit sangsues de chaque côté du cou; sinapismes; orge.*)

Agitation et délire toute la nuit. Dans la matinée du 12,

somnolence, douleur à la tempe gauche; pupille droite sensiblement plus dilatée que la gauche; pommettes un peu rouges; décubitus sur le côté droit; langue blanche, humide; haleine fétide; ventre indolent et souple; deux selles; quarante-six battements artériels par minute. (*Vésicatoires aux jambes; petit-lait avec addition d'une demi-once de sulfate de soude pour une pinte. Potion composée ainsi qu'il suit, à prendre par cuillerées :*

Eau de tilleul. . . . . . 4 *onces.*
Eau de menthe. . . . . . 1 *once.*
Acétate d'ammoniaque. . . . . . 1 *gros.*
Ether sulfurique. . . . . . 1 *gros.*
Sirop d'œillet. . . . . . 2 *onces.*)

Dans la journée, fréquentes alternatives d'assoupissement profond et de violentes agitations; aucune selle n'eut lieu.

Le 13, les facultés intellectuelles présentaient tour-à-tour une lucidité parfaite et le trouble le plus grand; l'inégalité de dilatation des pupilles persistait; la respiration était tantôt très-rare, tantôt précipitée; le pouls battait cinquante-cinq fois par minute; la peau avait une douce chaleur; la face rougissait et pâlissait alternativement. (*Lavement avec addition d'une once de séné et de six grains d'émétique; une pinte d'eau de veau avec demi-once de sulfate de soude; frictions aromatiques sur les membres.*) Selles copieuses dans la journée.

Le 14, même état. Le 15, le malade avait une sorte d'horreur des liquides. Dès qu'on lui présentait à boire, sa face s'injectait, ses yeux s'animaient, des mouvements convulsifs agitaient ses lèvres; et si on introduisait un peu de liquide dans la bouche, il le rejetait avec effort; la langue conservait son humidité; le pouls présentait soixante battements. (*Deux nouveaux vésicatoires aux cuisses.*)

Le 16, les symptômes d'hydrophobie de la veille n'existaient plus; l'œil droit était fortement dévié en dedans : la pupille de ce côté restait toujours plus dilatée que l'autre, la paupière gauche restait abaissée; pouls sans fréquence. (*Tisanes émollientes; lavement camphré.*)

Le 17, la paupière droite était à son tour frappée de paralysie; une énorme quantité d'urine distendait la vessie; grande loquacité; soubresauts des tendons; langue toujours humide.

Le 18, la tête et la face étaient inondées de sueur, tandis que la peau du reste du corps était sèche; les deux yeux étaient fermés; les pupilles, très-dilatées, se resserraient à peine à l'approche de la lumière; soubresauts des tendons très-multipliés; face très-rouge, pouls fréquent pour la première fois (cent un battements par minute); pas de selles. (*Lavement purgatif; petit-lait tamariné.*)

Assoupissement profond toute la journée. Mort sans agonie à sept heures du soir.

OUVERTURE DU CADAVRE

37 heures après la mort.

Crâne. Sinus cérébraux remplis de sang; substance cérébrale de consistance ordinaire, parsemée d'une assez grande quantité de points rouges; une cuillerée à café environ de sérosité limpide dans chaque ventricule latéral.

Thorax. Anciennes adhérences des plèvres des deux côtés; poumon droit parsemé de tubercules miliaires; caverne à son sommet, pouvant loger un œuf de pigeon, remplie de pus. Dans le poumon gauche, également rempli de tubercules crus, existait une caverne plus considérable et vide. Cœur pâle, rempli de sang liquide.

Abdomen. Adhérence du grand épiploon aux parois abdominales par des brides celluleuses anciennes. L'estomac présente à son intérieur, à gauche du cardia, une plaque rouge, large comme un écu de trois francs; partout ailleurs la muqueuse est blanche et saine. La plupart des valvules du duodénum sont d'un rouge vif; dans leurs intervalles, la membrane muqueuse présente une teinte légérement rosée. L'intestin grêle, ouvert dans toute son étendue, n'offre çà et là, vers sa partie moyenne, que quelques valvules rougeâtres et des arborisations peu nombreuses. Invagination de trois pouces dans le tiers supérieur du jéjunum; beaucoup de bile remplit tout l'intestin grêle. Le gros intestin, rempli de matières fécales dures, est très-blanc.

Une énorme quantité d'urine limpide distend la vessie, ainsi que l'uretère, le bassinet et les calices du rein droit.

Chez ce sujet, nous trouvons dans le tube digestif des lésions bien légères. La plaque rouge du grand cul-de-sac de l'estomac; la rougeur des valvules du duodénum, l'injection légère de quelques points de l'intestin grêle, s'observent dans une foule de cas où pendant la vie des symptômes tout différents ont existé; aussi pensons-nous qu'il y a ici de fortes raisons pour douter que les lésions très-peu considérables trouvées dans le tube digestif fussent réellement la cause des symptômes ataxiques observés pendant la vie. L'injection du cerveau pourra-t-elle en rendre raison? Il est également permis d'en douter.

Dans ce cas, comme dans le précédent, la langue se montra bien différente de ce que nous l'avons trouvée, dans la plu-

part des cas de dothinentéries qui font le sujet des observations consignées dans l'article précédent.

Remarquons d'ailleurs combien furent variés les symptômes; parmi ces symptômes, rappelons ici l'inégalité de dilatation des pupilles, la déviation momentanée de l'un des yeux, la paralysie alternative des deux paupières supérieures, le rapide passage d'un état lucide de l'intelligence à un délire complet, d'un coma profond à la plus violente agitation; l'hydrophobie bien caractérisée qui exista pendant douze heures. Rappelons, du côté des fonctions de la vie organique, la respiration tantôt accélérée, et tantôt très-rare; le trouble de la circulation marqué dans les petits vaisseaux dans les promptes alternatives de rougeur et de pâleur de la face, dans le cœur et dans les gros troncs artériels par l'extrême lenteur du pouls; la vessie frappée de paralysie, les fibres charnues du gros intestin devenues également insensibles à l'action des purgatifs; au milieu de tous ces désordres la persistance de l'état naturel de la langue.

Le traitement fut entièrement dirigé contre les symptômes cérébraux. On pourra voir, en lisant les détails de l'observation, quelle influence eurent sur ces symptômes : 1° les deux émissions sanguines pratiquées vers le début; 2° les vésicatoires appliqués sur divers points de la périphérie cutanée; 3° plusieurs substances stimulantes, dites antispasmodiques, administrées par la bouche ou en lavement; 4° les purgatifs portés à plusieurs reprises dans le tube digestif, tantôt par l'estomac, tantôt par le rectum.

XLIe OBSERVATION.

Age avancé. Abus des liqueurs alcooliques. Symptômes de fièvre ataxique. Langue sèche les deux derniers jours seulement. Vésicatoires et purgatifs. Rougeur de la membrane muqueuse gastro-intestinale en divers points. Aucune lésion appréciable dans les centres nerveux. Rate petite et molle. Pâleur remarquable du foie.

Un tailleur de pierre, âgé de soixante-treize ans, usant avec excès des liqueurs alcooliques, se plaignait de ne pouvoir plus se soutenir sur ses jambes depuis trois semaines, lorsqu'il entra à la Charité, le 25 mai 1822. Alors ses lèvres étaient animées d'une sorte de mouvement convulsif, qui devenait plus considérable lorsqu'il voulait parler; les membres thoraciques présentaient un très-léger tremblement; les facultés intellectuelles ne paraissaient point troublées; la langue, humide et blanchâtre, présentait aussi un tremblement assez marqué, et pouvait à peine être maintenue quelques secondes hors de la bouche; le pouls était sans fréquence.

Ce qu'il y avait de plus remarquable chez cet individu, c'était le tremblement des lèvres, des membres thoraciques et de la langue; mais on ne pouvait l'attribuer à l'âge avancé du malade, qui paraissait d'ailleurs faible et décrépit.

Délire dans la soirée.

Le 26, le tremblement des membres était plus marqué; ce n'était qu'avec beaucoup de peine que des mouvements volontaires pouvaient leur être imprimés; les membres abdominaux étaient libres dans leurs mouvements; le pouls était devenu un peu fréquent : il n'y avait pas eu de selle depuis plusieurs jours. (*Deux vésicatoires aux jambes; quinze grains de calomélas; tisane d'orge vineuse.*)

La nuit, violent délire, vocifération. Dans la matinée du 27, l'intelligence avait repris toute sa netteté; le tremblement des membres thoraciques était plus prononcé que jamais; des soubresauts de tendons très-multipliés avaient lieu continuellement: il en résultait une agitation continuelle des doigts, alternativement portés dans le sens de la flexion et de l'extension. De temps en temps l'on observait de petites secousses brusques, comme tétaniques, du bras et de l'avant-bras; aucun mouvement ne pouvait leur être imprimé par la volonté du malade. Il soulevait et remuait facilement les membres abdominaux, qui étaient exempts de tout tremblement. L'agitation convulsive des lèvres était très-forte; la respiration était haute, accélérée; le pouls fréquent, la peau chaude; la langue conservait son humidité : aucune selle n'avait eu lieu. (*Vésicatoire à la nuque; douze grains de mercure doux et trois grains d'extrait d'aloès.*)

Délire par intervalles dans la journée; deux selles.

A la visite du 28, même état que la veille. Vers dix heures du matin, mouvements convulsifs très-violents des membres thoraciques, trismus, respiration stertoreuse, perte de connaissance. On crut que le malade allait succomber; mais au bout de trois minutes environ ces symptômes effrayants disparurent, et furent remplacés par une sorte d'état comateux, qui se dissipa lui-même peu à peu.

Le 29, langue sèche; selles involontaires; délire, qui semble cesser lorsqu'on fixe fortement l'attention du malade; même état des membres.

Le 30, sueur générale, visqueuse; *sudamina* sur les cuisses; traits de la face profondément altérés. (*Sinapismes aux pieds; bols de camphre et de nitre; infusion de valériane.*) Le soir, retour des mêmes accidents. Le 28, mort dans l'état comateux.

OUVERTURE DU CADAVRE

10 heures après la mort.

L'encéphale, la moelle épinière, et leurs membranes, ne présentèrent aucune lésion appréciable.

Une énorme quantité de liquide spumeux et incolore s'écoula des poumons; les cavités du cœur contenaient une petite quantité de sang noir liquide; un caillot fibrineux blanc, peu consistant, existait dans l'oreillette droite. Un caillot pareil remplissait l'aorte jusqu'à sa courbure sous-sternale.

La face interne de l'estomac était rouge vers le grand cul-de-sac, dans une étendue égale à celle de la paume de la main. Là, rampaient sous la muqueuse de grosses veines remplies de sang noir. La muqueuse elle-même était injectée, mais non uniformément rouge; en un petit nombre de points seulement elle était ramollie.

La muqueuse du cinquième supérieur de l'intestin grêle (y compris le duodéum) offrait une forte injection. Elle était blanche dans les quatre cinquièmes inférieurs.

Une assez vive injection reparaissait à la face interne du cœcum, du colon ascendant, et de la première moitié du colon transverse.

Le foie était d'une extrême pâleur, comme s'il eût été macéré dans l'eau pendant long-temps; la vésicule du fiel remplie d'une énorme quantité de bile noirâtre. Il y avait aussi beaucoup de bile jaune dans le cinquième supérieur de l'intestin grêle.

La rate était remarquable par son très-petit volume; son tissu était mou, facilement déchirable.

Les lésions du tube digestif sont encore ici bien peu considérables, et, comme dans l'observation précédente, on peut douter qu'elles aient été le point de départ de la maladie, qui, par ses symptômes, semblait résider tout entière dans les centres nerveux; ces centres toutefois ne présentèrent eux-mêmes après la mort aucune altération appréciable pour nous dans l'état actuel de la science; mais les désordres fonctionnels annonçaient assez, à défaut de preuves anatomiques, que dans ces centres avait été le siége, soit primitif, soit secondaire, de toute la maladie.

Dans ce cas, comme dans l'autre, la langue conserva longtemps son aspect naturel; elle ne se sécha que vers la fin; le ventre ne fut jamais ballonné; le pouls, sans fréquence à l'époque de l'entrée du malade, s'accéléra plus tard. Le trouble de l'intelligence ne fut continu que vers les derniers temps. Les désordres les plus graves portèrent surtout sur l'action musculaire; à plusieurs reprises on observa un commencement de tétanos.

En raison de cette dernière circonstance, il ne nous semble pas sans intérêt de rapprocher du cas que l'on vient de lire un autre cas dans lequel nous observâmes une remarquable coïncidence entre le développement d'une gastrite aiguë, et l'apparition d'un véritable tétanos, pour l'explication duquel nous ne trouvâmes d'autres lésion qu'une rougeur intense de la membrane muqueuse gastrique.

XLIIe OBSERVATION.

Au début, fièvre; douleur épigastrique; vomissements. Plus tard, symptômes de tétanos, et mort. Rougeur vive de l'estomac.

Un homme de moyen âge fut pris, sans cause connue, qua-

tre jours avant d'entrer à l'hôpital, de vomissements bilieux abondants avec douleur épigastrique et fièvre. Vingt heures environ après l'apparition de ces symptômes, cet individu commença à ressentir de la difficulté à abaisser la mâchoire; bientôt un violent trismus s'établit, et persista les deux jours suivants. Entré au bout de ce temps à la Charité, il nous offrit l'état suivant.

Trismus. Tête renversée en arrière, et maintenue forcément dans cette position par les muscles qui s'insèrent à l'occipital; raideur des quatre membres; parois abdominales dures comme une planche; intelligence intacte. Le malade nous raconte lui-même les détails que nous venons de transcrire; il articule assez distinctement malgré son trismus. Il n'éprouve plus de douleur à l'épigastre, et ne vomit plus depuis l'apparition des premiers symptômes tétaniques. Transporté après la visite dans les salles de chirurgie, il y mourut le soir même.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Crâne. Injection très-peu considérable des méninges; léger pointillé rouge de la substance cérébrale. Les différentes parties de l'encéphale, examinées avec le plus grand soin, ne présentent aucune altération appréciable.

Rachis. État sain de la moelle épinière et de ses enveloppes, qui sont pâles.

Abdomen. La membrane muqueuse gastrique offre *dans toute son étendue* une couleur rouge intense, qu'on n'aperçoit qu'après avoir enlevé une couche épaisse de mucus qui en tapisse la surface. Cette couleur, qui réside dans la muqueuse, est due à l'injection d'un nombre infini de petits vaisseaux, dont l'œil suit facilement les admirables anastomoses.

La membrane n'est pas, d'ailleurs, sensiblement ramollie. Blancheur du reste du tube digestif.

Le tissu de la rate est remaquable par sa consistance.

Rien de remarquable dans les autres organes de l'abdomen, non plus que dans ceux du thorax. On trouva du sang noir liquide dans le cœur et dans l'aorte, dont la surface interne était blanche.

Nous avons rarement rencontré dans l'estomac une coloration rouge aussi intense et aussi étendue ; on eût dit, au premier abord, que la surface interne du ventricule avait été uniformément teinte. La membrane muqueuse, ainsi colorée, avait d'ailleurs conservé sa consistance physiologique ; seulement sa sécrétion habituelle semblait avoir été activée.

Le début de cette gastrite avait été bien tranché ; mais à peine les symptômes tétaniques commencèrent-ils à se manifester, que les accidents du côté de l'estomac devinrent beaucoup moins évidents.

Si le tétanos a été, chez cet individu, le résultat de l'irritation transmise sympathiquement de l'estomac à la moelle épinière, il faudra admettre chez lui une prédisposition spéciale, en vertu de laquelle, à l'occasion peut-être de toute irritation survenue dans un organe quelconque, un tétanos se serait également déclaré. C'est ainsi que nous nous rappelons avoir vu à la Charité un individu, atteint d'une pleurésie chronique, qui, à la suite de l'application d'un séton sur le thorax, fut pris d'un tétanos auquel il succomba.

XLIIIe OBSERVATION.

Symptômes de méningite aiguë (fièvre ataxique). Langue naturelle. Émissions sanguines abondantes. Vive injection, en plusieurs points, de la membrane muqueuse du tiers inférieur de l'intestin grêle.

Un garçon marchand de vin, âgé de trente-trois ans, cheveux noirs, peau brune, muscles développés, ressent, le 8 octobre, une pesanteur de tête plutôt incommode que douloureuse. Le soir, malaise général; délire la nuit. Il entra le 9 la Charité. Vu par l'élève de garde, il jouit de sa raison; mais il se plaint d'étourdissements, de tintements d'oreille; il y a un peu de dévoiement depuis le matin. La nuit, il délire de nouveau.

A la visite du 10, il présente l'état suivant: exaltation remarquable dans les idées, grande loquacité; cependant réponses nettes et précises aux questions; extrême vivacité dans les mouvements; face rouge; expression des yeux naturelle; pouls plein, très-dur, médiocrement fréquent; température de la peau ordinaire; langue humide et nette; ventre souple, indolent. Trois selles liquides depuis douze heures.

Chez cet individu, le cerveau semblait être le siége d'une congestion sanguine, annoncée, au moment où nous l'observions, par l'exaltation de l'intelligence, et la nuit par sa perversion. (*Saignée de trois palettes; tisanes délayantes.*) Dans la journée, pas de changement; deux ou trois selles. Le soir et la nuit, accélération du pouls; retour du délire.

Dans la matinée du 11, la raison est rétablie, et nous trouvons le malade dans le même état qu'à la visite du 10. (*Nouvelle saignée de trois palettes; seize sangsues au*

cou.) Le sang des deux saignées se couvrit d'une couenne épaisse.

Dans la soirée, délire comme les jours précédents ; la nuit, le malade devint furieux ; il brisa les liens avec lesquels on l'avait attaché, et quatre hommes purent à peine le contenir. Dans la matinée du 12, le délire continuait. Le malade, couché sur le dos, la face fortement injectée, les yeux étincelants et roulant avec violence dans les orbites, poussait de continuelles vociférations ; au milieu de son délire, il ne parlait que d'objets relatifs à son état : de la peau du crâne et de la face ruisselait une sueur abondante ; le reste de la peau était sec. Les mouvements continuels des bras ne nous permirent pas de constater l'état du pouls. La langue, aperçue au fond de la bouche, avait conservé son aspect naturel. Tel était l'état du malade à huit heures du matin. (*Trente sangsues au cou ; saignée d'une livre.*) Une heure après, à neuf heures, le sang des piqûres des sangsues coulait abondamment ; on avait pu pratiquer la saignée, malgré la violente résistance du malade. Cependant aucun amendement n'avait lieu ; à neuf heures et demie, il déployait encore une grande force musculaire ; nous entendions sa voix à plus de cinquante pas de son lit ; tout-à-coup il cesse de crier, sa face s'injecte et se gonfle, ses membres se raidissent, sa respiration s'arrête, et en moins de cinq minutes il cesse de vivre.

OUVERTURE DU CADAVRE.

L'arachnoïde de la surface extérieure de la masse encéphalique a conservé sa transparence et son épaisseur naturelle. La pie-mère de la convexité des hémisphères cérébraux n'est que légèrement injectée. Les ventricules ne contiennent qu'une

médiocre quantité de sérosité limpide, telle qu'on en trouve après tous les genres de mort indistinctement. La substance cérébrale, coupée par tranches, a partout conservé sa consistance ordinaire; mais elle offre un grand nombre de petits points rouges d'où découle du sang. La moelle épinière, examinée dans son étendue, n'a présenté, non plus que ses membranes, aucune lésion appréciable.

Les poumons étaient sains. Le cœur présentait une dilatation remarquable du ventricule gauche, sans hypertrophie de ses parois.

La surface interne de l'estomac était blanche, ainsi que celle de l'intestin grêle, jusqu'à la réunion de ses deux tiers supérieurs avec son tiers inférieur. Dans ce dernier tiers existaient de nombreuses taches rouges, résidant dans la muqueuse, qui ne paraissait d'ailleurs ni plus dense, ni plus molle, ni plus épaisse que dans l'intervalle de ces taches, où elle était blanche. Ces taches représentaient ainsi une foule de phlegmasies circonscrites, dont aucune n'avait dépassé le premier degré, ou, en d'autres termes, celui où il n'y a encore qu'injection de la membrane muqueuse, sans épaississement ni ramollissement de sa substance. Gros intestin blanc; autres viscères abdominaux sains.

Chez l'individu dont je viens de retracer l'histoire, les symptômes cérébraux étaient tellement prédominants, qu'ils semblaient annoncer une lésion idiopathique de l'encéphale, et spécialement une inflammation bien caractérisée des méninges. La nature des accidents, l'exaltation continuelle des idées avec délire intermittent, et, dans les derniers temps, un délire furieux, paraissaient même indiquer que cette phlegmasie

avait particulièrement son siége dans l'arachnoïde qui revêt la convexité des hémisphères cérébraux; cependant aucune arachnitis n'existait, et la fin de l'intestin grêle présentait seule une inflammation qui, pendant la vie, n'avait été révélée par d'autres signes que par une très-légère diarrhée. Il reste à déterminer maintenant si cette inflammation, irritant sympathiquement le cerveau, causa l'effrayant appareil de symptômes nerveux qui entraînèrent le malade au tombeau. Je me contenterai d'exposer le fait, laissant au lecteur la liberté d'admettre ou de rejeter cette liaison entre la phegmasie intestinale et les symptômes cérébraux: c'est parce que ce cas est extrêmement tranché, que je l'ai cru digne de quelque intérêt. J'appellerai encore l'attention sur la manière dont la mort survint. Cette mort frappa soudainement le malade, lorsque l'énergie vitale était encore très-grande, et ce fut, en quelque sorte, sans intermédiaire que chez lui la vie s'arrêta. Ne semble-t-il pas que, dans ce cas, l'affaissement du cerveau succédant tout-à-coup à l'excès de son action, la suspension de la respiration, et, par suite, de toutes les fonctions, fut le résultat de la cessation subite et complète de l'influence nerveuse? Ne cherchons pas, d'ailleurs, à trop approfondir la cause de ces phénomènes, qu'il y a un siècle on aurait expliqués bien différemment, et qu'un jour peut-être on expliquera aussi tout différemment que nous, soit en raison des connaissances acquises, soit en raison des idées médicales dominantes.

Les quatre observations qu'on vient de lire se rapprochent tout-à-fait de celles où il y avait dothinentérite, par l'existence des désordres nerveux; toutefois dans ces quatre cas les symptômes dits ataxiques sont beaucoup plus prononcés que les symptômes dits adynamiques; dans ces quatre cas aussi, la langue s'est à peine éloignée de son état naturel; nous avons

vu aussi cette conservation de l'état normal de la langue, dans quelques cas de dothinentérite, mais beaucoup plus rarement. Dans ces quatre cas, l'abdomen n'a point offert de ballonnement; mais nous avons vu ce phénomène manquer également chez beaucoup d'individus atteints de dothinentérite. Voici maintenant deux autres cas où celle-ci n'existait pas plus que dans les quatre cas précédents, et où les symptômes ont été encore beaucoup plus complétement ceux que nous avons observés dans la dothinentérite.

XLIVe OBSERVATION.

Symptômes de typhus. Stupeur; pétéchies; langue sèche et noire par intervalles seulement; ballonnement de l'abdomen vers la fin. Alternatives de vive excitation et de profond affaissement. Vésicatoires; camphre en lavement; vin et bouillons; glace sur la tête. Mort vers le vingtième jour. Rougeurs partielles de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Injection de la substance cérébrale et des méninges. Rate volumineuse et molle. Sang liquide dans le cœur.

Un homme de trente ans environ, cheveux noirs, peau brune, constitution forte, ayant assez d'embonpoint, fut apporté à la Charité, le 27 février, dans un état tel, que nous ne pûmes obtenir aucun renseignement sur les circonstances antécédentes; on sut seulement qu'il était malade depuis quinze jours; que le 23 février il avait pris un vomitif, et que, le lendemain, des sangsues avaient été appliquées sur l'épigastre. Le 25, il avait cessé de parler. Conduit le 27 à la Charité, il ne répondait pas aux questions: les traits de la face exprimaient une profonde stupeur; la peau était froide, le pouls à peine sensible; de petites taches rosées, ayant la plupart d'une demi-ligne à trois lignes de diamètre, étaient disséminées en assez grand nom-

bre sur la partie antérieure du thorax, sur l'abdomen, sur les membres supérieurs et inférieurs. Elles étaient plus rares aux membres qu'au tronc. Nous ne pûmes apercevoir que le bout de la langue, qui nous parut très-sèche : le ventre était souple, aucune selle n'avait eu lieu depuis l'entrée du malade à l'hôpital. (*Petit-lait vineux; frictions sur les membres avec le liniment volatil cantharidé; deux vésicatoires aux jambes; lavement de guimauve, avec addition d'un scrupule de camphre.*)

Dans la journée, le malade articula quelques paroles sans suite et à peine intelligibles ; sa vessie se remplit d'urine ; on fut obligé de le sonder deux fois.

Le lendemain 28, la face avait une pâleur cadavéreuse. Étranger à ce qui se passait autour de lui, le malade paraissait réfléchir ; ses traits étaient immobiles. Interrogé, il ne répondait pas d'abord ; quelques minutes après, il semblait revenir à lui, et répondait lentement, mais avec justesse ; puis il retombait dans son premier état. Le décubitus avait lieu sur le dos, les bras étendus le long du tronc. L'éruption était plus confluente que la veille ; de fréquents soubresauts avaient lieu dans les tendons ; la peau s'était un peu réchauffée, le pouls se sentait mieux, il était très-fréquent, très-facilement déprimable, irrégulier par intervalles. La langue, qu'il était impossible au malade de tirer hors de la bouche, quoiqu'il parût en avoir la volonté, était lisse et sèche à sa pointe, et couverte d'un enduit noirâtre à sa face supérieure ; une selle avait eu lieu ; le ventre restait souple ; la paralysie de la vessie persistait. (*Même prescription.*)

Dans la nuit, à l'engourdissement physique et moral succéda un violent délire, pendant lequel le malade se mit sur son séant et essaya de fuir de son lit.

Dans la matinée du 1er mars, on le voyait de temps en temps

se lever sur son séant, regarder autour de lui d'un air étonné, puis se recoucher : il ne proférait aucune parole, ne semblait pas entendre ceux qui l'interrogeaient, et paraissait, comme la veille, diriger son attention vers quelque idée fixe. La langue était rouge et humide ; aucune selle n'avait eu lieu ; le lavement n'avait pas même été rendu ; les soubresauts des tendons étaient moins multipliés. Le malade n'avait pas uriné depuis plus de douze heures ; cependant sa vessie était vide. L'éruption était dans le même état. (*Petit-lait vineux; liniment comme les jours précédents; six grains de calomélas en deux paquets; deux bouillons.*)

Le 2 mars, des mouvements convulsifs agitaient la face ; une vive rougeur des joues avait remplacé la pâleur cadavéreuse ; les yeux, hagards, roulaient avec violence dans leurs orbites, la mâchoire inférieure était dans une agitation continuelle, les muscles des membres se contractaient spasmodiquement ; le malade prononçait avec peine quelques mots sans liaison ; la langue, aperçue au fond de la bouche, était rouge et humide, les lèvres et les dents légèrement fuligineuses, la déglutition pénible, le ventre un peu ballonné ; deux selles avaient eu lieu ; le pouls ne put être senti, à cause des soubresauts très-multipliés des tendons ; une sueur abondante couvrait la peau, les pétéchies étaient moins nombreuses et pâles. (*Application d'une vessie pleine de glace sur la tête, et en même temps sinapismes aux pieds.*)

Dans la journée, les mouvements convulsifs cessèrent.

Le 3, une forte prostration avait succédé à la violente agitation de la veille, les pétéchies avaient une couleur livide, l'injection de la face persistait, la langue était de nouveau sèche et brune, l'enduit fuligineux des lèvres et des dents très-épais ; la respiration, calme jusqu'alors, était très-fréquente et bruyante ; l'expiration était courte, l'inspiration plus prolon-

gée; le pouls, filiforme, ne pouvait plus se compter; la peau, humide, semblait, au toucher, comme enduite d'une couche épaisse d'huile. Mort dans la soirée.

OUVERTURE DU CADAVRE

17 heures après la mort.

Les méninges de la convexité des hémisphères étaient vivement injectées; chaque ventricule latéral contenait trois à quatre cuillerées à café de sérosité limpide; il y en avait aussi un peu à la base du crâne et dans le canal rachidien: la substance blanche de la partie supérieure des hémisphères était piquetée d'un grand nombre de petits points rouges.

Les poumons étaient parfaitement sains, à peine engoués; le cœur contenait une petite quantité de sang noir liquide.

L'estomac était de volume ordinaire, la muqueuse de sa portion splénique parsemée d'une foule de petits points rougeâtres; le duodénum était pâle; l'intestin grêle, dans ses deux tiers supérieurs, présentait une teinte légérement rosée; le tiers inférieur était d'un rouge livide, et fortement contracté. Le gros intestin, dans toute son étendue, était d'une blancheur parfaite. La rate était remarquable par son volume et l'extrême mollesse de son tissu.

Tous les symptômes que nous avons observés chez les individus atteints de dothinentérite se retrouvent chez le malade dont on vient de lire l'histoire: cependant l'ouverture du cadavre ne montra chez lui aucune trace d'affection des follicules intestinaux; il n'y avait autre chose qu'un érythème de

divers points de la membrane muqueuse gastro-intestinale; et, il faut le dire, cet érythème n'était pas plus considérable que celui qu'on rencontre dans bien d'autres cas où des états morbides tout différents ont été observés pendant la vie, et où surtout la langue n'a jamais été ni sèche ni noire.

Avec cette altération différente du tube digestif, nous rencontrons un même état de la rate que celui que nous ont offert les individus atteints de dothinentérite.

Le cerveau et les méninges sont le siége d'une injection assez vive; mais quelle importance attacher à une lésion dont l'existence est si peu constante, dans des cas où ont eu lieu les mêmes désordres fonctionnels?

L'individu qui fait le sujet de cette observation se distinguait de plusieurs des précédents par sa forte constitution, ses muscles prononcés, son embonpoint considérable. Comme d'autres, cependant, qui offraient des conditions physiologiques tout opposées, il présentait les signes d'une forte prostration, lorsqu'il entra à l'hôpital; mais ces signes disparurent bientôt, et ceux d'une forte excitation du système nerveux apparurent; enfin, vingt-quatre heures avant la mort, la prostration devint de nouveau le phénomène prédominant. Il semble qu'alors on comprenne mieux comment finit la vie que dans d'autres cas cités plus haut, où la mort vient tout-à-coup à frapper les malades au milieu d'une vive agitation, et lorsqu'ils témoignent encore de leur force par la violence de leurs cris et par l'énergie de leurs mouvements musculaires. Rappelez-vous, entre autres cas, comment la vie s'est éteinte chez l'individu qui fait le sujet de l'observation XLIII.

Parmi les phénomènes remarquables de cette maladie, nous noterons l'éruption pétéchiale qui se flétrit à mesure que la maladie marcha vers une terminaison funeste; les sueurs qui eurent lieu dans les derniers temps, et qui n'apportèrent au-

cun soulagement; la teinte pâle et livide de la face, et plus tard, sa vive injection; le pouls, qui resta très-faible et qui devint de plus en plus fréquent; la température de la peau, qui ne fut jamais que médiocrement élevée; la langue, qui, sèche et brune pendant les deux périodes d'adynamie, se nettoya et redevint humide pendant la période d'excitation; enfin, le paralysie de la vessie, et plus tard la cessation de la sécrétion même de l'urine.

XLVe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Au début, diarrhée sans symptôme grave; puis fièvre continue; langue sèche et noire; parotide; adynamie. D'abord émissions sanguines répétées; plus tard, révulsifs et toniques. Rougeur en divers points de la membrane muqueuse gastro-intestinale; ulcérations du rectum, avec couche membraniforme à sa surface. Pneumonie.

Un mégissier, âgé de vingt-un ans, tempérament lymphatico-sanguin, habitant Paris depuis deux mois, a du dévoiement depuis trois semaines. Pendant les huit premiers jours, il eut sept à huit selles dans les vingt-quatre heures. Il ressentit alors de légères douleurs abdominales. Les huit ou dix jours suivants, il n'eut plus que trois ou quatre selles par jour. Depuis cinq jours, sans cause connue, le dévoiement a reparu aussi fort qu'au commencement. Depuis deux jours, tête pesante, peau chaude, malaise général.

État du malade à l'époque de son entrée (10 mai 1820). Céphalalgie, face rouge et animée; œil brillant; facultés intellectuelles, sensoriales et locomotrices, intactes; gaîté; langue rouge et sèche, soif vive, ventre souple et parfaitement indolent, neuf selles depuis vingt-quatre heures; pouls fréquent et plein, peau brûlante. (*Tisane d'orge gommée;*

potion gommeuse, avec addition d'un gros de diascordium.)

11 mai. Disparition de la céphalalgie. Le malade se trouve très-bien. Dix selles; face calme, moins colorée; persistance de la sécheresse et de la rougeur de la langue, ainsi que de la fièvre. (*Trente sangsues à l'anus.*)

12. Six selles; même état du reste. (*Quinze sangsues à l'anus.*)

13. Le pouls conserve sa fréquence, et la peau sa chaleur; mais la langue est devenue humide. Quatre selles seulement ont eu lieu. (*Orge, diascordium.*)

14. Tristesse, inquiétudes. (Son voisin avait eu toute la nuit un violent délire qui l'avait effrayé.) Altération des traits, air de stupeur; couleur plombée de la face; réapparition de la sécheresse de la langue. Six selles; même état du pouls et de la peau; toux légère. (*Douze sangsues à l'anus.*)

15. Prostration plus grande; respiration courte; toux pénible et sèche: râle crépitant à gauche en avant au-dessous de la clavicule. (*Quinze sangsues sur ce point.*)

16. Prostration de plus en plus grande; langue sèche et brune (sept à huit selles): pouls très-fréquent; respiration plus libre; cependant persistance du râle crépitant; percussion moins sonore là où il se fait entendre.

17. Même état. (*Vésicatoire à une cuisse.*)

18. Gonflement de la parotide droite pendant la nuit. Ce matin, elle n'est que médiocrement tuméfiée; la peau qui la recouvre est lisse, tendue, sans rougeur; la pression de la tumeur est douloureuse. Même état d'ailleurs. (*Continuation de la tisane d'orge gommée et du diascordium.*)

19 et 20. Le gonflement de la parotide reste stationnaire; le son devient tout-à-fait mat au-dessous de la clavicule gauche; la respiration ne s'y entend plus.

Le 21, la porotide diminue un peu. Cependant, depuis le 18, le dévoiement est devenu chaque jour plus considérable. La prostration n'a cessé de faire des progrès. Changement de traitement le 21. (*Décoction de polygala, avec addition de deux onces de sirop de coing pour une pinte; deux onces de vin de quinquina; tisane d'orge.*)

Les trois jours suivants, même prescription. Les symptômes adynamiques augmentent : la sécheresse des lèvres, des dents et de la langue, que recouvre un léger enduit fuligineux, persiste; le dévoiement est aussi abondant (huit à dix selles aqueuses en vingt-quatre heures); des crachats rouillés et visqueux se montrent, la respiration paraît libre; la parotide n'existe plus.

14. Large vésicatoire sur l'abdomen; celui de la cuisse est séché.

25 et 26. Crachats de la pneumonie au second degré.

27. Les crachats, toujours visqueux, ne sont plus sanguinolents : ils sont d'un gris sale, et adhèrent au vase, qui peut être renversé sans qu'ils se détachent. Le malade a eu, pour la première fois, un léger délire hier au soir et cette nuit. Un érysipèle s'est montré autour du nez; la langue est très-sèche et noire; le dévoiement ne diminue pas. Le malade jouit de toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles, il dit se bien trouver. (*Suppression du quinquina; polygala, avec le sirop de coing; diascordium, limonade minérale, deux bouillons.*)

Le 28, le malade a encore un peu déliré la nuit. Ce matin, réponses lentes, mais justes. Il nous sourit, est plein d'espérance; cependant les traits de la face sont plus profondément altérés; l'érysipèle n'existe plus autour des joues, mais il s'est emparé d'un des côtés du cou; la langue est très-sèche, brune, fendillée; le pouls, fréquent, est très-petit; la peau toujours

brûlante; les crachats ont le même aspect que la veille. (*Même prescription.*)

Le 29, assoupissement : la paupière est à moitié abaissée sur la cornée ; mais dès qu'on aborde le malade et qu'on lui parle, l'œil s'anime et conserve encore une expression naturelle : l'altération des traits est portée au plus haut degré ; les joues sont profondément excavées, couvertes de cette poussière sale avant-coureur de la mort ; l'œil est enfoncé dans l'orbite ; le nez est effilé ; les lèvres, rétractées et desséchées, laissent voir les dents fuligineuses et arides. Cependant, au milieu de cette affreuse décomposition, l'intelligence est conservée tout entière. Cet œil, qui va bientôt s'éteindre, réfléchit encore la pensée ; sur ces lèvres hideuses vient encore se placer un sourire.

Le malade s'éteignit le soir sans agonie.

OUVERTURE DU CADAVRE

36 heures après la mort.

Cerveau sain, ainsi que ses dépendances.

Cœur sain, vide de sang ; hépatisation rouge du lobe supérieur du poumon gauche.

Abdomen. L'estomac, distendu par des gaz, ne présente qu'une très-légère injection de la membrane interne vers le grand cul-de-sac. La muqueuse du duodénum et des deux cinquièmes supérieurs environ de l'intestin grêle est généralement blanche, la muqueuse des trois cinquièmes inférieurs est fortement injectée. La valvule iléo-cœcale et le cœcum sont d'un rouge livide ; le colon ascendant est blanc ; une large plaque d'un rouge foncé s'observe à l'union du colon ascendant et du transverse ; le colon transverse, le colon descendant

et l'S iliaque offrent d'espace en espace des plaques rouges peu nombreuses; la surface interne du rectum est tapissée dans la plus grande partie de son étendue par une matière pultacée, grisâtre, membraniforme, au-dessous de laquelle la muqueuse est rouge et ulcérée en plusieurs points.

Une abondante diarrhée marqua le début de cette maladie; long-temps elle exista, sans que l'individu se vît forcé d'abandonner ses occupations; peu à peu cette affection toute locale se compliqua de symptômes nerveux, dont l'intensité, toujours croissante, conduisit le malade au tombeau. Ici encore, on observe tous les désordres fonctionnels qui accompagnent la dothinentérite, et la dothinentérite n'existe pas. On trouva seulement la membrane muqueuse intestinale injectée dans une partie de son étendue; de plus, le rectum était ulcéré, et une sorte de fausse membrane en couvrait la surface.

Lorsque le malade entra à l'hôpital, il ne paraissait pas encore très-gravement affecté. Des sangsues furent alors appliquées à l'anus: les jours suivants, il y eut un mieux sensible; mais bientôt, sous l'influence d'une émotion morale, les symptômes reparurent plus graves; dès ce moment l'état adynamique se montra, et ne cessa de faire des progrès. On eut de nouveau recours aux sangsues; mais cette fois aucun bien ne suivit leur double application.

A cette époque de la maladie, diverses complications apparurent; une légère dyspnée et la présence du râle crépitant annoncèrent l'invasion d'une phlegmasie pulmonaire; des sangsues appliquées sur le thorax, des révulsifs vésicants, n'en arrêtèrent pas la marche; mais, chose remarquable (et peut-

être en rapport avec le décroissement journalier des forces), bien que la pneumonie fît des progrès, la gêne de la respiration disparut. Sans l'auscultation et sans la percussion, on aurait pu croire que l'affection pulmonaire avait cessé. Enfin, après quelques jours de cette singulière intermission de symptômes, la pneumonie s'annonça de nouveau par des crachats caractéristiques.

Vers le même temps apparut une parotide : elle se montra le quatorzième jour, à dater de l'invasion présumée de la fièvre ; elle sembla n'exercer sur la maladie aucune influence, resta quelques jours stationnaire, puis s'affaissa et disparut. Mais à peine eut-elle cessé d'exister, que deux érysipèles se montrèrent tour-à-tour, l'un au nez, l'autre au cou ; ils s'évanouirent aussi avant d'avoir parcouru leurs périodes ordinaires.

Le vésicatoire appliqué sur l'abdomen, le traitement tonique employé à une période avancée de la maladie, ne furent suivis d'aucun effet avantageux.

XLVIe OBSERVATION.

Gastrite aiguë, développée à la suite de l'administration du tartre stibié à haute dose. Langue sèche et noire ; ballonnement du ventre ; adynamie.

Un homme, âgé de cinquante-deux ans, entre à l'hôpital de la Pitié avec tous les symptômes d'une pneumonie des mieux caractérisées. Il est d'abord saigné, puis nous commençons chez lui l'administration du tartre stibié, dont nous donnons six grains le premier jour et douze le second, dans trois verres d'infusion de feuille d'oranger, à laquelle nous faisons ajouter une demi-once de sirop diacode. Au moment où ce malade

commence l'usage du tartre stibié, les voies digestives ne présentent aucun signe de souffrance : la langue est humide et blanchâtre ; il n'y a ni soif, ni vomissements, ni nausées ; l'abdomen est, dans tous ses points, indolent et souple : à peine une seule selle a-t-elle lieu tous les deux jours.

Le lendemain du jour où le malade a pris six grains d'émétique, il ne présente aucun accident du côté des voies digestives ; elles nous paraissent dans le même état que la veille ; quelques nausées ont eu lieu, sans vomissement. Les signes d'une pneumonie au second degré persistent dans toute leur intensité.

Ainsi que nous l'avions fait, sans inconvénient, dans beaucoup d'autres cas, nous doublons la dose du tartre stibié.

Dans la journée même, d'abondants vomissements surviennent, et un grand nombre de selles ont lieu.

Lorsque nous revoyons le malade, les vomissements continuent, ainsi que la diarrhée ; la langue, naturelle jusqu'alors, a rougi et s'est séchée. Le malade accuse à l'épigastre une douleur vive que la pression augmente. L'administration du tartre stibié est suspendue. Toutefois dans les vingt-quatre heures suivantes, les vomissements persistent, puis ils cessent, pour ne plus reparaître ; mais les voies digestives restent affectées, et pendant les six jours suivants, nous voyons se développer des symptômes de plus en plus graves.

Ainsi, la langue se couvre d'un enduit noir ; les lèvres et les dents deviennent fuligineuses. Le ventre se tend et se ballonne à un tel point, que le colon peut être suivi dans son trajet à travers les parois abdominales ; quatre à cinq selles ont lieu chaque jour. La face acquiert une teinte plombée et présente un air de stupeur des plus remarquables. Bientôt le malade ne répond plus aux questions ; il a un délire sourd ; tous ses traits sont immobiles ; quelques soubresauts de tendons se

font sentir, la prostration devient de plus en considérable. Le pouls acquiert une fréquence de plus en plus grande, et la mort a lieu une vingtaine de jours après l'invasion de la pneumonie.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Tout le poumon gauche, excepté à son sommet, présente un mélange d'hépatisation rouge et grise. Le cœur n'offre rien de remarquable.

L'estomac est contracté, et un mucus grisâtre tapisse sa surface interne. Au-dessous de ce mucus, il présente dans toute son étendue un fond ardoisé que surmonte un pointillé rouge des plus vifs; un examen attentif fait bientôt reconnaître que ce pointillé résulte d'une injection fine et générale des villosités. En même temps qu'elle est ainsi colorée, la membrane muqueuse a subi un épaississement considérable; loin d'être ramollie en aucun de ses points, elle est partout comme indurée, et elle a un aspect grenu. Les valvules du duodénum sont d'un rouge intense. L'intestin grêle n'offre autre chose qu'une injection légère de sa membrane muqueuse dans l'étendue d'un pied au-dessus de la valvule iléo-cœcale. On ne découvre dans cet intestin aucun follicule. Le cœcum participe à l'injection de la fin de l'intestin grêle. La membrane muqueuse du colon présente un certain nombre de rides rouges, entre lesquelles elle est blanche et de consistance normale.

Le foie, assez gorgé de sang, n'offre d'ailleurs rien d'insolite. La rate a son volume et sa consistance ordinaires.

Aucune altération appréciable n'existe dans les centres nerveux, non plus que dans leurs enveloppes.

Si Pinel eût donné un nom à la maladie qui fait le sujet de l'observation qu'on vient de lire, il l'aurait appelée *fièvre adynamique survenue pendant le cours d'une pneumonie.* On y retrouve, en effet, tous les symptômes caractéristiques de cette fièvre. Cependant est-ce ici le trouble du système nerveux qui ouvre la scène? En aucune façon. C'est par les voies digestives que commencent manifestement les accidents (rougeur et sécheresse de la langue; évacuations abondantes par haut et par bas; douleur épigastrique). Puis de ces accidents il ne reste plus que la rougeur de la langue et un peu de diarrhée, mais c'est alors qu'apparaissent les *symptômes dits adynamiques.* Tous ces désordres succèdent d'une manière si subite à l'administration du tartre stibié, on voit si clairement les accidents partir des voies digestives, qu'on ne peut guère se refuser à la pensée que l'ingestion de l'émétique dans l'estomac en est la cause. A cela, sans doute on va répondre que dans mille autres cas, rien de semblable ne s'observe; nous l'accordons, mais nous savons aussi qu'il est des dispositions particulières qui rendent très-dangereuse l'administration ordinairement innocente de l'émétique à haute dose.

Il n'y a pas long-temps, par exemple, que nous avons vu en ville un homme, âgé de quarante-huit ans, atteint d'une pneumonie grave, parvenue au degré d'hépatisation, auquel on fit prendre, par fraction, six grains seulement de tartre stibié dans une potion de six onces. Avant que l'on eût commencé l'administration de ce médicament, les voies digestives paraissaient être dans un bon état; la langue était humide et pâle; les antécédents nous avaient appris que le malade avait habituellement les digestions faciles. Après les premières cuillerées de la solution stibiée, des vomissements apparurent; on espéra que la tolérance s'établirait, ainsi que

cela arrive dans bien des cas, et l'on continua; mais un résultat tout contraire eut lieu; les vomissements devinrent de plus en plus fréquents; la langue, naguère pâle et humide, rougit et se sécha comme un morceau de parchemin. Les deux jours suivants, le malade ne passa pas un quart d'heure sans que les vomissements se renouvelassent; rien ne put les arrêter, et, épuisé par eux, il succomba. L'ouverture du corps ne put point être faite.

L'observation qui nous inspire ces réflexions nous montre donc l'exemple bien tranché d'une fièvre dite adynamique que produit une inflammation aiguë de l'estomac. Est-ce là la fièvre typhoïde? Non, ce n'est point, par l'ordre et par la succession des symptômes, la pyrexie, qui a pour caractère anatomique l'inflammation des glandes de Peyer : mais, par la nature des symptômes, n'est-ce point une maladie de la même famille? C'est une gastrite, à propos de laquelle se sont développés des symptômes adynamiques, parce que le sujet y était disposé par les conditions de son système nerveux.

ARTICLE III.

OBSERVATIONS SUR DES CAS DE MALADIES DIVERSES, ACCOMPAGNÉES DE SYMPTÔMES TYPHOÏDES, SANS LÉSION APPRÉCIABLE DU TUBE DIGESTIF.

Toutes les fois qu'après avoir observé les deux groupes morbides désignés par les nosographes sous le nom de fièvre bilieuse et muqueuse, nous avons pu examiner sur le cadavre l'état des organes, nous avons rencontré dans les voies digestives des lésions qui nous ont rendu compte au moins d'une partie des symptômes observés pendant la vie. Il n'en a pas toujours été ainsi chez les individus qui nous ont présenté ces

divers groupes de phénomènes morbides qui ont été désignés sous les noms de fièvre inflammatoire, adynamique, ataxique. Très-souvent dans ces cas nous avons trouvé des lésions du tube digestif, les observations précédentes en font foi ; mais bien souvent aussi il nous est arrivé de ne pouvoir établir aucun rapport entre l'intensité de ces lésions et la gravité des symptômes ; de telle sorte, par exemple, que dans le tube digestif d'un individu mort pendant le cours d'une légère fièvre bilieuse, nous trouvions une altération égale en intensité et en nature à celle que nous rencontrions dans l'intestin d'un autre individu mort avec les symptômes d'une fièvre ataxo-adynamique des plus graves. Les précédentes observations en font également foi. S'il en est ainsi, n'est-il pas raisonnable de penser que les diverses lésions que l'anatomie découvre dans le tube digestif des malades qui succombent pendant le cours d'une fièvre grave, n'en sont pas l'unique cause ? Ne doit-on pas établir que les phénomènes adynamiques ou ataxiques dépendent beaucoup moins, dans ces cas, de la nature ou de l'intensité seule de la lésion intestinale, que de la disposition dans laquelle cette lésion, intense ou légère, trouve l'innervation ? Que si maintenant l'on voit apparaître ces divers phénomènes, appelés adynamiques ou ataxiques, dans des cas où, à l'ouverture des cadavres, on trouve le tube digestif sain et d'autres organes lésés, la proposition que nous venons d'établir ne se trouvera-t-elle pas singulièrement confirmée par de pareils faits, et ne serons-nous pas en droit de dire que les symptômes appelés adynamiques ou ataxiques sont le résultat d'un trouble d'action des centres nerveux, trouble quelquefois primitif et pouvant alors exister sans lésion appréciable à l'ouverture des corps ; mais le plus souvent consécutif, et se développant alors à l'occasion de la lésion d'un organe quelconque, du tube digestif comme de tout autre ? Les obser-

vations suivantes vont servir à prouver l'exactitude de cette manière de voir.

Ces observations constituent deux séries : dans les unes les symptômes typhoïdes coïncident avec des lésions de divers organes qui peuvent en être considérées comme le point de départ ; ces lésions sont au moins l'occasion de leur développement. Dans les autres observations, ces lésions elles-mêmes n'existent plus, et c'est à une altération primitive, mais encore indéterminée, des centres nerveux et du sang que doivent être rapportés les symptômes.

§ I. Symptômes typhoïdes, développés a l'occasion de lésions diverses appréciables par l'anatomie.

Nous avons choisi les observations qu'on va lire parmi beaucoup d'autres analogues, pour montrer que les maladies les plus différentes les unes des autres par leur siége peuvent avoir également pour cortége ou pour terminaison les symptômes, toujours les mêmes, qui constituent l'état ataxo-adynamique ou typhoïde. Ainsi nous allons voir ces symptômes se développer à propos d'un érysipèle, d'un phlegmon, de diverses maladies des voies urinaires, d'une pneumonie, d'une hépatite, d'une variole, d'une rougeole, d'une phlébite, d'une métrite, etc. Dans ces cas, nous le répétons encore, nous ne trouverons plus cette même pyrexie qui accompagne l'entérite folliculeuse ; ce ne sera donc plus la fièvre typhoïde de MM. Chomel et Louis ; mais ce seront toujours en partie les symptômes de cette fièvre autrement combinés.

XLVIIe OBSERVATION.

Érysipèle de la face et du tronc. Fuliginosités de la langue et de la bouche. Délire. Prostration.

Un marchand de parapluies, âgé de quarante-sept ans, était atteint d'un érysipèle à la face, lorsqu'il entra à la Maison royale de santé dans le courant du mois de janvier 1832. Il répondait péniblement aux questions, et de temps en temps il déraisonnait; la langue, couverte d'un enduit jaune, était en même temps très-sèche; le pouls avait une grande fréquence, et la peau était très-chaude. Nous ne pûmes obtenir aucun renseignement sur les antécédents: trente à quarante heures après l'entrée de ce malade, la desquamation commença à se faire sur la figure, mais en même temps un nouvel érysipèle apparut au cou, et peu à peu il s'étendit à la poitrine, au dos, au ventre, et jusqu'au commencement des cuisses. Pendant dix jours, l'érysipèle ne cessa ainsi de s'étendre. Pendant ce temps, l'état du malade devint de plus en plus grave; un délire complet s'établit; d'abord ce délire fut accompagné d'une grande excitation; le malade s'agitait beaucoup et vociférait sans cesse; puis il tomba dans un grand affaissement, et il mourut dans un état comateux. Depuis l'époque de son entrée jusqu'à sa mort, la langue devint de plus en plus sèche; au moment où l'agitation cessa, elle se couvrit, ainsi que les dents et les lèvres, de croûtes noires; le ventre ne fut jamais ballonné; les selles n'offrirent rien de particulier; le pouls resta toujours très-fréquent, et devint de plus en plus misérable; dans les dernières quarante heures de la vie, nous comptâmes cent cinquante-six battements par

minute. Jusqu'au moment de la mort, le tronc présenta des traces de l'érysipèle qui en avait successivement parcouru tous les points.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les méninges étaient pâles, à peine parcourues par quelques veines à moitié remplies de sang; la substance du cerveau n'était point injectée, et elle avait sa consistance normale.

Les poumons étaient engoués à leur partie postérieure, sains d'ailleurs. Le cœur ne présentait rien d'insolite; les artères et les veines avaient conservé une couleur blanche à leur surface interne.

Le pharynx et l'œsophage étaient sains; la membrane muqueuse de l'estomac, un peu mamelonnée vers le pylore, offrait, vers sa face postérieure, près du cardia, un très-léger pointillé rouge; partout ailleurs elle était parfaitement blanche, et elle n'était ni ramollie ni indurée: son épaisseur était également normale. Le duodénum avait une teinte grisâtre. Dans le jéjunum et l'iléum, on ne voyait autre chose qu'un certain nombre de veines remplies de sang qui rampaient au-dessous de la membrane muqueuse: celle-ci était pâle dans toute son étendue, excepté dans quelques anses qui avaient occupé une position déclive. Il n'y avait dans tout l'intestin grêle aucun follicule apparent. Le cœcum était un peu injecté; le reste du gros intestin était blanc.

Les autres organes ne présentèrent rien de remarquable, si ce n'est la rate qui avait un volume considérable, et dont le tissu était d'une grande mollesse.

La rougeur de la peau du dos, du ventre et du haut des

cuisses avait disparu; on voyait çà et là sur cette peau quelques larges phlyctènes, remplies d'une sérosité rougeâtre. Au-dessous de la peau du dos, le tissu cellulaire était infiltré d'une quantité assez notable de sérosité un peu rouge.

On ne saurait douter que l'érysipèle n'ait été dans ce cas la cause occasionelle, ou si l'on veut, le point de départ des symptômes ataxo-adynamiques auxquels succomba le malade. La vaste étendue de la peau, qui fut envahie par l'inflammation, suffit, sans la participation de la souffrance d'aucun organe, pour imprimer au système nerveux une perturbation grave. Ainsi, sans altération des voies digestives, la langue peut se sécher et noircir; sans cette altération, des symptômes typhoïdes peuvent se manifester. Nous avons eu soin de noter que les vaisseaux furent trouvés dans l'état le plus sain, circonstance importante, parce qu'on aurait pu penser que l'érysipèle n'avait produit ces symptômes qu'après s'être compliqué de phlébite.

XLVIIIe OBSERVATION.

Érysipèle phlegmoneux du bras. Symptômes de fièvre adynamique. Langue sèche, etc. Tube digestif sain. Rate volumineuse et molle.

Un ancien militaire, âgé de trente-cinq ans, d'une forte constitution, entra à la Charité le 5 janvier 1820, pour se faire traiter d'une blennorrhagie. Elle céda aux adoucissants. Dans les premiers jours de février, cet homme éprouva de la difficulter à uriner. A la suite de plusieurs tentatives pour le sonder,

le prépuce et le gland s'enflammèrent. Dès lors, malaise, insomnie, pouls fréquent, peau chaude. Le 29 février, prostration. Douleurs vives dans le membre thoracique droit; début d'un érysipèle phlegmoneux dans cette partie. Langue très-sèche, encroûtée de matières jaunâtres, ventre ballonné, diarrhée légère; pouls très-fréquent et facilement déprimable; léger délire dans la soirée. (*Tisane d'orge édulcorée; potion gommeuse; deux bouillons.*)

Le 1er mars, même état général; bras plus tuméfié.

Le 2, délire continuel; langue très-sèche, encroûtée; deux selles liquides; pouls faible; phlyctènes remplies d'une sérosité jaunâtre au pli du coude du bras malade; au-dessous, taches noirâtres peu étendues; rougeur livide de la peau. (*Deux vésicatoires aux jambes; infusion de quinquina; limonade minérale.*)

Le 3, mêmes symptômes; multiplication des phlyctènes et taches noires. (*Compresses imbibées d'alcool camphré sur le membre; mêmes boissons.*)

Le 4, agitation très-grande toute la nuit; le lendemain matin, loquacité remarquable; soubresauts des tendons; langue sèche et racornie comme un morceau de parchemin. (*Sinapismes aux jambes.*)

Pendant les journées du 5 et du 6, persistance des mêmes symptômes; eschares de la peau du bras. Mort dans la matinée du 7.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Une incision profonde faite aux téguments du membre affecté montra le tissu cellulaire sous-cutané gorgé d'un liquide séro-sanguinolent, et infiltré de pus; le tissu cellulaire intermusculaire présentait des traînées de pus blanchâtre.

Un peu de sérosité à la base du crâne et dans le canal rachidien.

Poitrine saine.

L'estomac, le duodénum et l'intestin grêle, de volume ordinaire, présentaient à l'intérieur une teinte blanche légérement rosée. La valvule iléo-cœcale et le cœcum étaient sains. Le reste du gros intestin offrait des taches livides en quelques endroits, notamment à l'union du colon transverse avec le descendant; il était contracté.

Rate très-volumineuse, gorgée de sang, s'avançant jusque sur le rein.

Cette observation présente tous les symptômes d'une fièvre adynamique, la sécheresse de la langue est surtout remarquable; et cependant il n'y a dans le tube digestif aucune lésion qui puisse en rendre compte. L'apparition de ces symptômes coïncida avec les phlyctènes, les taches noires, et enfin la véritable gangrène de la peau du membre affecté.

La rate est ici volumineuse, comme chez la plupart des autres individus qui, ayant ou non une dotinentérite, nous ont présenté des symptômes adynamiques.

XLIXe OBSERVATION.

Phlegmon terminé par gangrène autour de scarifications faites à un membre infiltré; fièvre adynamique; langue et dents fuligineuses; évacuations involontaires. Tube digestif sain; rate ordinaire. Affection organique du cœur.

Un homme, âgé de cinquante-trois ans, présentait tous les signes d'une hydropisie par affection organique du cœur, lorsqu'il

fut soumis à notre examen ; peu de jours après son arrivée, le volume énorme des membres abdominaux engagea M. Lerminier à faire pratiquer quelques scarifications sur ces membres ; un prompt dégorgement eut lieu dans le membre gauche, mais il n'en fut pas de même à droite ; la cuisse et la jambe de ce côté ne tardèrent pas à présenter, autour des points de la peau qui avaient été incisés, une couleur d'un rouge livide, qui bientôt devint noire ; en même temps tuméfaction considérable du membre ; rougeur générale de la peau de la cuisse ; vive douleur à la moindre pression. (*Fomentations émollientes.*) Pendant les trois ou quatre premiers jours, l'état général resta bon ; mais au bout de ce temps, et à mesure que le phlegmon faisait des progrès, les traits s'altérèrent rapidement, une expression très-prononcée d'abattement se dessina sur la figure ; une mucosité visqueuse, collante, d'un gris sale, remplit la bouche : puis la langue brunit, devint sèche comme un morceau de parchemin ; des croûtes noires couvrirent les dents ; l'intelligence perdit sa netteté : le malade cessa de répondre aux questions ; il prononçait continuellement, et comme en marmottant, des paroles inintelligibles ; il succomba dans cet état, douze à treize jours après que les scarifications eurent été faites.

OUVERTURE DU CADAVRE

17 heures après la mort.

Rien d'appréciable dans les centres nerveux, dont la substance est plutôt pâle qu'injectée. Les veines des méninges contiennent peu de sang. Les ventricules sont presque vides de sérosité.

Engouement séreux considérable des deux poumons ; cail-

lot assez consistant, d'un blanc-jaunâtre dans le cœur, qui est anévrysmatique, mais dont le tissu a une bonne consistance, et dont la surface interne est pâle. Un peu de sang coagulé dans les gros troncs artériels, qui n'offrent aucune coloration insolite, non plus que les veines.

La surface interne de l'estomac et celle des intestins n'offrent autre chose que quelques veines qui rampent au-dessous de la muqueuse..

La rate est peu volumineuse et assez dense.

Rien de remarquable dans les autres viscères abdominaux.

Une notable quantité de pus infiltre le tissu cellulaire du membre abdominal droit.

Cette observation ressemble beaucoup à la précédente.

Dans toutes deux, les symptômes adynamiques, la sécheresse de la langue, les fuliginosités des dents, le délire survinrent à la suite d'un phlegmon. Dans toutes deux il y eut fièvre adynamique, sans que le tube digestif présentât de lésion appréciable après la mort.

La rate ne fut point ici volumineuse, comme dans le cas précédent.

Nous avons insité, dans un autre volume, sur la gangrène qui survient souvent autour des scarifications des membres infiltrés, gangrène dont cette observation présente un exemple.

Le OBSERVATION.

Inflammation d'un des reins et de la vessie. Symptômes de fièvre adynamique. Langue sèche et noire, dents fuligineuses, etc. Tube digestif sain. Rate volumineuse et molle.

Un homme de soixante ans environ fut apporté à la Charité dans l'état suivant: teinte plombée de la face; réponses nulles aux questions; marmottement continuel; lèvres, dents et langue couvertes d'un enduit fuligineux; quelques pétéchies sur l'abdomen, qui est souple et paraît indolent; selles naturelles; pouls petit, très-fréquent; peau sans chaleur; soubresauts des tendons.

Les deux jours suivants, cet individu resta à peu près dans le même état; il mourut le troisième jour.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Cerveau sain, ainsi que ses annexes.

Poumons crépitants, à peine engoués; cœur vide de sang.

L'estomac ne présente autre chose de remarquable que quelques grosses veines qui rampent au-dessous de la muqueuse vers le grand cul-de-sac. Partout cette muqueuse est pâle et de bonne consistance. Examinée dans toute son étendue, la surface interne de l'intestin ne présente aucune altération appréciable; elle est blanche partout; en plusieurs points on aperçoit quelques veines pleines de sang se dessiner à travers la muqueuse.

Le rein droit est remarquable par sa couleur d'un rouge

foncé, et par la grande friabilité de son tissu. Les calices, considérablement dilatés, sont remplis par une matière puriforme qu'on retrouve aussi dans l'uretère de ce côté.

La vessie, revenue sur elle-même, présente une épaisseur insolite du tissu cellulaire interposé entre la tunique charnue et la muqueuse; en quelques points ce tissu cellulaire a un aspect squirrheux. La membrane muqueuse vésicale est dans toute son étendue d'un rouge cerise.

La rate est remarquable par son volume et par sa grande mollesse.

Dans cette observation, nous trouvons le tube digestif aussi sain que dans la précédente: cependant la fièvre adynanique était ici bien caractérisée. Son point de départ avait été dans l'affection des voies urinaires.

Du reste, les personnes qui ont observé un certain nombre d'individus atteints de maladies chroniques des voies urinaires, savent qu'il n'est pas rare de voir chez ces individus la vie se terminer au milieu des symptômes d'une fièvre adynamique ; leurs forces se perdent, leur intelligence devient obtuse, leur langue se sèche; et ils succombent.

LIe OBSERVATION.

Ancienne attaque d'apoplexie. Lors de l'entrée à la Charité, débilité générale; bientôt hémorrhagie intestinale; puis symptômes adynamiques; langue sèche et noire; mort. Abcès dans la prostate ; autre abcès dans les muscles thoraciques. Tube digestif ne présentant d'autres lésions qu'un peu de rougeur dans le grand cul-de-sac de l'estomac. Ancien foyer hémorrhagique dans un hémisphère cérébral.

Un ouvrier en cuivre, âgé de cinquante ans, fut frappé, du 15 au 20 octobre 1821, d'une attaque d'apoplexie. Il perdit

connaissance pendant plusieurs heures : lorsqu'il revint à lui, ses membres droits étaient paralysés : la commissure droite des lèvres était tirée en bas, la langue se déviait à droite. Il fut abondamment saigné, et couvert de sinapismes et de vésicatoires. La paralysie se dissipa au bout de cinq semaines.

Lorsqu'il entra à l'hôpital, il ne se plaignait que d'une grande faiblesse générale. Peu à peu nous le vîmes tomber dans cet état de dépérissement que les anciens désignaient sous le nom de *cachexie*. Sa face était d'une pâleur remarquable; sa faiblesse était telle, qu'il ne pouvait sortir de son lit; ses mouvements étaient libres, son intelligence intacte. Au commencement du mois de mars il rendit sans douleur, sans ténesme, une assez grande quantité de sang par les selles; puis il eut un léger dévoiement qui céda à l'usage de la tisane de riz gommée et acidulée avec l'eau de Rabel. La fièvre s'alluma. Le malade commença à ressentir une douleur à la partie inférieure du côté droit du thorax. Le 12 mars, langue sèche, rouge au centre: soif; ventre indolent; pouls fréquent et faible ; prostration.

Même état les deux jours suivants; constipation. (*Décoction de polygala.*)

Le 15, langue sèche et noire; soif médiocre, pas de selle; intelligence très-nette ; parole libre ; pouls fréquent, assez résistant, persistance de la douleur de côté.

Le 16, altération profonde des traits de la face : mort le 17. Conservation de l'intelligence jusqu'au dernier moment.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Épanchement d'une assez grande quantité de sérosité limpide dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

Coupé par tranches minces, le cerveau n'offrit rien de remarquable jusqu'au niveau des ventricules, qui étaient remplis de sérosité limpide. En dehors et au niveau du corps strié gauche, existait une cavité oblongue, ayant environ un pouce de long sur deux pouces de profondeur, et large de trois à quatre lignes, remplie par une petite quantité d'un liquide couleur chocolat, tapissée par une membrane mince et lisse, ayant l'aspect d'une membrane séreuse. Aucune autre altération n'existait dans le cerveau et ses dépendances. Le cervelet paraissait dans toute son étendue plus mou que de coutume.

Du poumon droit incisé s'écoula une énorme quantité de sérosité spumeuse incolore (*œdème*); le gauche en contenait moins.

Les parois du ventricule gauche du cœur étaient assez fortement hypertrophiées.

La face interne de l'estomac était blanche dans toute son étendue, excepté vers le grand cul-de-sac, dans un espace de trois travers de doigt en tous sens. Là, existait une assez vive rougeur qui résidait dans la muqueuse un peu ramollie, mais pouvant encore toutefois être enlevée en membrane.

La surface interne du reste de l'intestin, depuis le duodénum jusqu'au rectum, était très-blanche, excepté dans quelques points épars où existait une légère injection sous-muqueuse. Partout la membrane muqueuse elle-même était saine.

Un petit foyer purulent existait dans l'épaisseur des muscles thoraciques du côté droit; de là la douleur ressentie dans ce point.

La prostate était le siége d'un vaste abcès.

Nous ne pensons pas que l'état du tube digestif puisse ici expliquer les symptômes observés pendant la vie. Ainsi encore, dans ce cas, il y eut fièvre adynamique avec sécheresse et noirceur de la langue, avec point de départ ailleurs que dans les voies digestives. Ce point de départ était évidemment la maladie de la prostate.

Remarquerons-nous l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur, par laquelle on peut expliquer la résistance que présenta le pouls jusque dans les derniers moments, résistance qui semblait en désaccord avec l'ensemble des autres symptômes? Remarquerons-nous encore la non-cicatrisation de l'ancien foyer apoplectique, bien que depuis long-temps toute espèce de paralysie eût disparu?

LIIe OBSERVATION.

Age avancé. Fièvre adynamique; pneumonie latente; tube digestif sain.

Une femme âgée de quatre-vingt-un ans était entrée depuis quelque temps à l'hôpital, lorsqu'elle tomba dans une prostration qui devint bientôt extrême. L'intelligence était troublée, sans qu'il y eût un véritable délire; la langue était très-sèche, brune, fuligineuse. On n'observait d'ailleurs ni dyspnée, ni toux, ni expectoration. Cette femme resta une huitaine de jours dans cet état, et succomba. Au moment de sa mort elle était d'une maigreur squelétique.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le poumon gauche, dans sa presque totalité, est en hépatisation rouge.

La surface interne de l'estomac est blanche, ses parois sont remarquables par leur grande minceur, surtout vers le grand cul-de-sac; on trouve à peine dans ces parois quelques traces de fibres musculaires.

Dans le reste de son étendue, le tube digestif ne présente aucune lésion appréciable.

Il n'y a pas plus ici que dans les cas précédents, de lésion des voies digestives, et cependant il y a sécheresse, noirceur de la langue, fièvre adynamique. Ce n'est pas la seule fois où nous avons vu chez des vieillards une pneumonie, à symptômes locaux infiniment peu prononcés, les entraîner au tombeau, en modifiant chez eux l'innervation de telle sorte qu'il en résulte cet ensemble de phénomènes qu'on est convenu de désigner par l'expression d'état adynamique.

LIIIe OBSERVATION.

Ramollissement rouge du foie; aucune autre lésion. Fièvre adynamique.

Un vieillard, âgé de près de quatre-vingts ans, entra à la Pitié dans l'état suivant:

Face pâle, avec teinte jaunâtre du pourtour des lèvres et des ailes du nez; air de stupeur des plus prononcés; prostration telle qu'il est imposible au malade de se tenir quelques secondes sur son séant; intelligence singulièrement obtuse, à tel point qu'en adressant plusieurs fois la même question au malade, on n'obtient pour toute réponse que quelques mots inintelligibles. La langue sort de la bouche avec peine et en tremblant; une croûte jaune en recouvre le centre, et ses bords, ainsi que sa pointe, sont adhérents au palais et aux

dents par une mucosité épaisse et visqueuse. Le ventre est souple et indolent; les selles sont rares. Les membres supérieurs sont agités d'un tremblement continuel qui empêche d'abord de sentir le pouls; lorsqu'on est parvenu à le découvrir, on le trouve petit, irrégulier et très-fréquent. La peau est chaude et aride; les mouvements de la respiration sont séparés par des intervalles très-inégaux, et on la voit tour-à-tour s'accélérer et se ralentir d'une manière remarquable.

Tout ce que nous pouvons savoir sur les antécédents, c'est que depuis une quinzaine de jours ce vieillard garde le lit; que d'abord il a perdu son appétit et ses forces, et que peu à peu il est tombé dans l'état que nous venons de décrire.

Les jours suivants, la prostration augmenta de plus en plus; le malade tomba dans une sorte de délire sourd qui le rendit complètement étranger à toutes les impressions extérieures; la langue, les dents et les lèvres devinrent fuligineuses; le pouls, sans rien perdre de sa grande fréquence, devint filiforme; la peau se refroidit; la respiration s'embarrassa, et la mort eut lieu vingt jours environ à dater du jour où ce vieillard s'était alité.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Légère infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères cérébraux. Pâleur des méninges, une demi-cuillerée à bouche de sérosité limpide dans chaque ventricule latéral. Substance du cerveau pâle comme les membranes qui l'enveloppent.

Anciennes adhérences des plèvres costale et pulmonaire du côté droit: raréfaction notable du tissu pulmonaire; engouement des deux poumons à leur partie postérieure. Vers le sommet du poumon gauche, plusieurs vésicules rompues ou

dilatées forment comme de grosses ampoules qui dépassent de quelques lignes la surface extérieure du poumon; tout-à-fait au sommet, elles entourent, au nombre de cinq à six, une dépression qui ressemble à une cicatrice. En quelques points des deux poumons, on trouve les bronches notablement dilatées. Tout le parenchyme pulmonaire est chargé d'une grande quantité de matière colorante noire.

Du sang coagulé remplit les cavités du cœur. Cet organe ne présente d'autre lésion qu'une ossification remarquable d'une des valvules aortiques. L'aorte contient aussi plusieurs plaques osseuses.

L'estomac est rempli d'un liquide grisâtre, qui exhale une odeur aigre. Sa membrane muqueuse est partout très-pâle; elle est fort mince vers le pylore. Les villosités de la première courbure du duodénum sont colorées en noir. Le reste de l'intestin grêle est pâle comme l'estomac. On n'y découvre aucune trace de follicules, soit isolés, soit agminés. Le cœcum est un peu injecté; le colon et le rectum sont blancs, et leur membrane muqueuse a une bonne consistance.

Le foie, de volume ordinaire, présente une couleur rouge uniforme; mais ce qu'il offre surtout de remarquable, c'est l'extrême friabilité de son tissu, qui s'écrase sous le doigt avec une merveilleuse facilité. Une bile noire et poisseuse distend la vésicule du fiel.

La rate, assez volumineuse, est aussi très-molle.

L'appareil urinaire est à l'état sain.

Le système vasculaire, à sang rouge et à sang noir, a été disséqué avec soin; il n'a offert aucune lésion.

Cette observation fournit matière aux mêmes réflexions que

les précédentes; ce sont toujours des symptômes typhoïdes qui se développent, sans lésion concomitante des voies digestives. Dans l'observation LII, c'était le poumon dont la phlegmasie avait été le point de départ de ces symptômes; ici c'est le foie; c'est du moins dans cet organe seulement qu'on trouve quelque altération. Nous reviendrons, dans un autre endroit de cet ouvrage, sur la nature de la lésion dont il était le siége. Remarquons seulement que les individus qui font le sujet de ces deux observations étaient l'un et l'autre d'un âge fort avancé.

LIVe OBSERVATION.

Rougeole. Le deuxième jour de l'éruption, violent délire, suivi d'un état comateux. Aucune lésion appréciable dans les organes intérieurs.

Un homme de vingt-huit ans environ, fortement constitué, entra à la Pitié avec une fièvre intense, accompagnée d'une toux très-forte, et de coriza. La face était rouge, les yeux injectés et larmoyants; la langue avait une belle couleur vermeille; le ventre était dans tous ses points souple et indolent; il n'y avait point de diarrhée. La percussion de la poitrine ne donna que des renseignements négatifs; l'auscultation fit entendre en divers points un peu de râle muqueux. Cet homme toussait depuis une huitaine de jours, mais depuis deux seulement il avait été pris de fièvre, et s'était mis au lit. Nous lui fîmes pratiquer une saignée de seize onces. le sang ne nous offrit aucune couenne.

Pendant les vingt-quatre heures suivantes, l'état du malade resta le même, puis sa peau se couvrit d'une éruption qui avait tous les caractères de la rougeole la mieux dessinée. D'abord

tout parut marcher très-bien; puis, trente-six ou quarante heures environ à dater du moment où avait apparu l'éruption rubéolique, l'intelligence se troubla tout-à-coup, et bientôt un délire furieux s'établit; on fut obligé de mettre la camisole au malade. Il s'agitait avec violence, vociférait sans cesse, et accablait d'injures tous ceux qui l'approchaient; ses propos n'avaient d'ailleurs aucune suite. Une salive écumeuse découlait continuellement de sa bouche; il avalait avec une avidité extraordinaire les liquides qu'on lui présentait, et sans cesse il demandait à boire; la langue, que nous aperçûmes au fond de la bouche, n'était cependant ni sèche ni rouge. De temps en temps le tronc se soulevait brusquement, comme si une secousse tétanique s'en emparait. De continuels soubresauts de tendons se faisaient sentir, et à peine pouvait-on, dans leurs intervalles, saisir les caractères du pouls. Nous nous assurâmes toutefois qu'il conservait une grande fréquence et du développement. L'éruption était encore très-marquée à la figure et sur la poitrine; elle avait disparu sur les membres. Nous fîmes appliquer quarante sangsues au cou, et, en même temps que le sang coulait, les extrémités inférieures furent couvertes de sinapismes.

Pendant trois jours le même état persista; une seconde application de sangsues fut faite; elle n'eut pas plus de succès que la première. Au bout de ce temps, la scène changea tout-à-coup; à la violente excitation que le malade avait présentée jusqu'alors, succéda brusquement un accablement extrême; plus de cris, plus d'agitation, plus de mouvements convulsifs; mais à la place de ces phénomènes, une prostration complète, et bientôt un coma profond, au milieu duquel succomba le malade.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Injection fort légère des membranes qui enveloppent le cerveau; leur transparence n'est pas troublée, et aucun liquide ne les infiltre. La substance grise des circonvolutions a sa couleur et sa consistance ordinaires; dans le reste du cerveau, nous ne découvrons rien d'insolite; sa substance n'offre qu'un assez petit nombre de points rouges, et ses ventricules ne contiennent que peu de sérosité.

Dans le thorax, il n'y a rien de remarquable. Le cœur contient du sang coagulé; son tissu est ferme, et assez peu coloré; les artères et les veines ne présentent rien à noter.

A la surface interne de l'estomac, on trouve quelques rides, dirigées du cardia vers le pylore; le bord libre de quelques-unes offre une couleur rouge, qui disparaît en partie, et se change en un pointillé rouge faible et peu étendu, lorsque par la traction on efface ces rides. Partout ailleurs la membrane muqueuse de l'estomac est blanche, et d'une bonne consistance.

Les intestins offrent quelques injections partielles sans importance. On n'y aperçoit point de follicules.

Les autres organes n'offrent rien de remarquable.

S'il est un cas où les altérations que nous découvrent nos sens ne paraissent pas devoir suffire pour expliquer toute la maladie et pour rendre compte de la mort, c'est sans doute celui qu'on vient de lire. Dans la plupart des cas où une rougeole vient à se compliquer d'accidents aussi graves, nous trouvons à l'ouverture des corps des altérations que nous en

regardons raisonnablement comme la cause. Ici tous les organes étaient sains. Ne pouvait-on pas cependant présumer que l'on trouverait des traces d'inflammation dans ces centres nerveux où avaient résidé les principaux et plus importants désordres fonctionnels? ils étaient exempts de lésions comme les autres appareils. Quel rôle joua dans ce cas l'éruption cutanée? Pas d'autre sans doute que de mettre en jeu la prédisposition au développement d'accidents nerveux, à propos du trouble général qu'elle jeta dans l'économie. Ici donc, comme dans mille autres cas, ce qui nous apparaît n'est qu'une partie de ce qui est, et ce que nous ne voyons pas est justement ce qu'il y a de plus important.

LVe OBSERVATION.

Variole confluente. Le neuvième jour de l'éruption, accidents typhoïdes; langue noire; taches pétéchiales entre les pustules; délire.

Une jeune fille, âgée de dix-huit ans, domestique, alla plusieurs fois, sept jours avant de tomber malade, dans la chambre d'une personne qui avait la petite vérole; elle n'a point été vaccinée. Entrée à l'hôpital de la Pitié le 9 août, elle avait commencé à éprouver, le 30 juillet, un malaise général et de l'anorexie. Le 1er août, elle eut des étourdissements, des nausées, et elle vomit. Le 2 août, mêmes accidents; maux de reins; elle s'alite. Le 3, elle n'a plus ni vomissements, ni nausées, mais elle est accablée et elle ne se lève pas. Dans la matinée du 4 août, on s'aperçoit que la figure est couverte de boutons. L'éruption se développe jusqu'au 10 août, époque à laquelle nous examinons la malade. Elle est alors parvenue au septième jour plein de l'éruption.

Toute la peau est couverte de nombreuses pustules qui constituent partout une éruption des plus confluentes; ces pustules sont blanches, aplaties, plusieurs ombiliquées. Entre elles, la peau est d'un rouge vif à la face et aux membres supérieurs. La malade n'accuse d'autre douleur qu'une cuisson générale de la peau; le mal de reins a disparu depuis le 3 août. Il n'y a pas de céphalalgie. La langue est couverte d'un enduit jaunâtre; elle est humide et sans rougeur sur ses bords, quelques pustules la recouvrent. La malade sent un très-mauvais goût dans la bouche; elle salive très-abondamment; de nombreuses pustules tapissent la voûte palatine et le voile du palais. Depuis le premier jour de l'éruption, la malade a mal à la gorge; la voix est complétement éteinte; elle ne tousse pas; une soif vive la tourmente; le ventre est souple et indolent; il n'y a pas eu de selles depuis trois jours, l'émission des urines est accompagnée d'une vive cuisson. Le pouls bat cent vingt fois par minute, et il y a dans le même espace de temps vingt-huit respirations. (*Infusions de fleurs de mauve; potion gommeuse; diète.*)

Le 11, même état. Le peau du thorax est d'un rouge intense dans l'intervalle des pustules; sur les cuisses elles se confondent, et forment comme de larges ampoules, remplies d'un liquide blanchâtre. La salivation est extrêmement abondante.

Jusque là, malgré la confluence de l'éruption, tout marchait assez bien. Mais le 2 août, neuvième jour de l'éruption, du délire survient; ce jour-là, il ne se montre encore que par intervalles; la malade paraît fort accablée.

Le 13 août, dixième jour de l'éruption, le délire existe d'une manière continuelle; du sang s'est échappé des pustules ouvertes, et un masque noir couvre la figure. La respiration est notablement accélérée; le pouls bat cent quarante fois par

minute. La langue est sèche et couverte de croûtes noires. La constipation persiste. De larges taches violettes couvrent les jambes, le seul point du corps où les pustules laissent entre elles quelques intervalles. (*Continuation des simples boissons délayantes.*)

Dans la journée, le délire continue; l'affaissement général augmente; cependant, dans la soirée, au milieu de son délire, la malade quitte son lit, se lève, et fait quelques pas dans la salle. Elle meurt le 14, onzième jour de l'éruption, à trois heures du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE

29 heures après la mort (faite par un temps frais).

Une couche blanche épaisse, semblable à celle du muguet, tapisse la langue, la voûte palatine, le voile du palais et le pharynx. La membrane muqueuse que recouvre cette couche n'est que médiocrement rouge, l'œsophage a son aspect normal. La surface interne de l'estomac est tapissée par un mucus jaunâtre. Au-dessous de lui, on trouve la membrane muqueuse d'un blanc grisâtre, et mamelonnée dans presque toute son étendue; elle présente une injection légère dans quelques points de la grande courbure. Nulle part elle n'est ramollie. La membrane muqueuse du duodénum est grisâtre comme celle de l'estomac. Quelques anses du jéjunum et de l'iléum ont une rougeur livide; ce sont celles qui plongent dans l'excavation du bassin. Partout ailleurs, la muqueuse intestinale est blanche. Dans les deux derniers pieds de l'iléum, on trouve un assez grand nombre de follicules de Brunner blancs et très-peu saillants; on trouve aussi dans l'iléum cinq plaques de Peyer, qui ne font aucune saillie au-dessus du niveau de la

muqueuse, et qui ne sont reconnaissables qu'à leur pointillé noir, et à la couleur plus grise de l'intestin, là où elles existent. La membrane muqueuse du gros intestin est partout blanche et d'une bonne consistance; on n'y aperçoit point de follicules.

Le foie, d'un rouge pâle uniforme, est assez friable; la vésicule contient une bile noire et épaisse.

La rate a quatre pouces quatre lignes de long sur deux pouces huit lignes de large, et deux pouces deux lignes d'épaisseur; son tissu a assez de fermeté.

L'appareil urinaire n'offre rien de remarquable, non plus que l'appareil génital; la muqueuse de l'entrée du vagin est couverte de pustules.

Les deux poumons sont fortement engoués à leur partie postérieure, et en quelques points, toujours en arrière, ils ne contiennent plus d'air. La membrane muqueuse du larynx et de la trachée-artère est d'un rouge vif; on n'y trouve, d'ailleurs, ni follicules, ni pustules, ni ulcérations, ni pseudo-membranes.

Un verre de sérosité rougeâtre est épanché dans le péricarde. Le cœur, dont le tissu est ferme, contient du sang en partie liquide, en partie coagulé. Nous n'avons rien trouvé de particulier dans les artères, dans les veines, non plus que dans les ganglions lymphatiques des diverses parties du corps.

Le cerveau et ses enveloppes ne présentent aucune lésion appréciable.

Les altérations légères qui furent trouvées chez cet individu existaient toutes, à l'exception de l'engouement pulmonaire, à l'époque où la variole marchait franchement, sans s'être en-

core compliquée d'accidents typhoïdes. Quelle fut la cause de ceux-ci? nous pensons que, s'il nous avait été donné d'examiner les organes la veille du jour où le délire se manifesta, nous les aurions trouvés dans le même état que celui où ils s'offrirent à nous quelques jours plus tard. Quel fut donc le nouvel élément morbide qui intervint pour imprimer tout-à-coup à la maladie un caractère aussi grave? fut-ce une influence toute sympathique exercée par la peau enflammée sur les centres nerveux? On peut le présumer; on ne peut pas le prouver. Fut-ce le virus variolique qui, après avoir épuisé son action sur la peau, alla porter son influence délétère sur les deux grands mobiles de la vie, sur le sang et sur le système nerveux? Ce n'est encore là qu'une hypothèse, mais qui aurait en sa faveur plus d'une analogie. L'inflammation de la peau produisit-elle consécutivement une phlébite? Mais cette phlébite, qui peut arriver dans certains cas, nous la cherchâmes vainement dans celui-ci, et nous nous assurâmes aussi que l'inflammation n'avait pas frappé le système lymphatique. Enfin, ces accidents typhoïdes, si brusquement développés, furent-ils le résultat d'une résorption purulente? Ici, rien ne la prouve; il est au contraire présumable que cette résorption eut lieu dans les deux cas que nous allons maintenant citer.

LVIe OBSERVATION.

Variole confluente. Le neuvième jour, affaissement subit des pustules; mort rapide.

Un homme, âgé de trente ans environ, entre à l'hôpital de la Pitié avec une variole confluente. Jusqu'au neuvième jour

de l'éruption, tout marche très-bien; il n'y a aucun accident; seulement la langue est singulièrement tuméfiée.

Le neuvième jour, les pustules, qui la veille commençaient à être en pleine suppuration, s'affaissent tout-à-coup; *elles se sont vidées sans s'être ouvertes;* entre elles, la peau devient pâle comme la peau d'un cadavre. Dans la journée, du délire survient; le soir, le malade est tombé dans un état de prostration extrême; on ne sent plus le pouls; il meurt dans la nuit.

OUVERTURE DU CADAVRE

30 heures après la mort (6 mai, température basse).

L'examen des pustules fait reconnaître qu'elles sont toutes vides, à l'exception de deux ou trois situées sur le dos du pied, qui sont encore pleines de pus. Dans toutes les autres, l'épiderme, comme ridé, est en contact immédiat avec le derme.

Dans les points où existent les pustules, ce derme est rouge et un peu tuméfié; ailleurs il est pâle.

L'encéphale et ses annexes ne présentent aucune altération appréciable.

La surface interne du larynx et de la trachée-artère est rouge. Les poumons sont sains, médiocrement engoués en arrière; l'un d'eux contient à son sommet un petit tubercule crétacé.

Le sang contenu dans le cœur et dans l'aorte est liquide; la surface interne de l'aorte est rouge. L'appareil vasculaire, examiné dans ses différentes parties, n'offre rien de remarquable.

Le pharynx et l'œsophage sont sains. La surface interne de l'estomac présente, dans toute son étendue, jusque dans le

grand cul-de-sac, un mamelonnement considérable : elle est partout d'un blanc grisâtre, sans la moindre trace d'injection. L'intestin grêle est généralement pâle ; sa face interne est parsemée d'un très-grand nombre de follicules de Brunner, qui ne sont pas plus colorés que la membrane muqueuse au-dessus de laquelle ils s'élèvent. Vers la fin de l'iléum, on trouve aussi plusieurs plaques de Peyer qui ont une teinte grisâtre, mais qui ne font aucune saillie au-dessus du niveau de la muqueuse. Le gros intestin est blanc, sans follicules apparents.

La rate est d'un tiers plus volumineuse que de coutume ; elle est pâle et très-molle.

Les autres organes n'offrent rien de remarquable.

Le phénomène le plus saillant que nous offre cette observation, c'est l'affaissement subit de toutes ces pustules, qui se vident tout-à-coup du liquide qui les gonflait, sans s'être préliminairement déchirées. Elles n'ont donc pas rejeté au dehors le pus sécrété par le derme : c'est celui-ci qui l'a repris, et dès lors n'a-t-il pas dû pas passer dans le torrent circulatoire ? Nous n'avons retrouvé ce pus, à la vérité, ni dans le sang, ni ailleurs ; mais c'est que mêlé intimement à lui, et roulant avec lui molécule à molécule, il n'avait pas encore eu le temps de se séparer du sang, lorsque la mort survint. Cette mort frappa le malade avec une effrayante rapidité ; l'affaissement des pustules fut immédiatement suivi du développement d'accidents terribles, semblables à ceux d'un empoisonnement par quelque agent septique, et bien peu d'heures s'écoulèrent entre l'apparition de ces accidents et le terme fatal.

LVIIe OBSERVATION.

Variole confluente. Du neuvième au quatorzième jour de l'éruption, développement graduel d'accidents typhoïdes. Mort le quatorzième jour. Nombreux abcès dans le poumon et dans le tissu cellulaire de la région profonde du cou. Rougeur intense de la membrane muqueuse des voies digestives.

Un homme, âgé de vingt-un ans, entré à la Pitié le 18 août, est tombé malade le 14. Le 12, il s'était couché bien portant, et avait bien dormi. Le 14, en se réveillant, il se sentit un fort mal de reins; il se leva cependant, et déjeûna; mais il ne put pas travailler. Le 15, continuation du mal de reins; alitement. Le malade mange encore; il ne vomit pas. Dans la matinée du 16, l'éruption paraît à la figure, et elle augmente le 17.

Le 18 août, jour où nous voyons pour la première fois le malade, l'éruption est générale, confluente et développée comme elle doit l'être le troisième jour. Le mal de reins a disparu depuis le 16; la langue est blanche et humide; des pustules nombreuses couvrent la voûte palatine et le voile du palais: il n'y a aucune salivation. Le malade n'accuse pas de soif; il a mal à la gorge seulement depuis une douzaine d'heures. Le ventre est souple et indolent; deux selles un peu moins consistantes que de coutume ont lieu depuis vingt-quatre heures. La voix est un peu enrouée, la respiration libre; il n'y a pas de toux; le pouls ne bat que soixante-quatre fois par minute. (*Boissons gommées; diète.*)

Le 19 août, quatrième jour de l'éruption, quelques pustules couvrent la langue, dont l'aspect n'a pas changé: il y a eu la nuit un peu de délire. L'état est d'ailleurs le même, si ce n'est que le pouls donne soixante-douze battements au lieu de

soixante-quatre; on ne compte par minute que seize respirations.

Le 20 août, cinquième jour de l'éruption, le malade se plaint beaucoup de la gorge; sa voix est complétement éteinte; la langue est couverte de pustules: une seule selle a eu lieu. La nuit a été plus calme que la précédente. La fréquence du pouls a encore un peu augmenté : on compte par minute soixante-seize battements artériels et vingt-quatre respirations.

Le 21 août, sixième jour de l'éruption, l'état du malade ne présente pas de changement notable; le pouls toutefois s'est encore accéléré (quatre-vingt-douze battements par minute, et seulement vingt respirations).

Les trois jours suivants, l'intelligence du malade se trouble de temps en temps; et, dans un moment de délire, il déchire toutes les pustules de la figure. Il en résulte la formation sur toute la face de nombreuses croûtes noires.

Le 25 août, dixième jour de l'éruption, le délire devient de plus en plus continu; les membres sont agités de petits mouvements convulsifs; ils sont couverts, ainsi que le tronc, de pustules remplies de pus; un masque complétement noir recouvre toute la figure; les yeux s'ouvrent facilement. La langue est sèche comme un morceau de parchemin; la voix reste complètement éteinte; le pouls bat cent fois par minute.

Du 26 au 29 août, le délire est permanent; les membres sont agités de temps en temps de mouvements involontaires; la langue continue à être très-sèche; la fréquence du pouls va toujours en augmentant. Le 28 et le 29 août, la langue est couverte de croûtes noires. Jusqu'au 29, jour de la mort, la plupart des pustules des membres sont encore pleines de pus.

Le malade meurt le 29 août, quatorzième jour de l'éruption, à neuf heures du soir. La veille au soir, il s'était levé seul, et, dans son délire, s'était roulé sur le carreau de la salle.

OUVERTURE DU CADAVRE

Le 30 août, à 9 heures du matin.

Le cerveau et ses annexes ne présentent rien de remarquable. La pie-mère est infiltrée d'un peu de sérosité; les ventricules n'en contiennent qu'une fort petite quantité. La substance grise des circonvolutions est pâle, et l'on ne trouve qu'assez peu de vaisseaux apparents dans la substance blanche des hémisphères.

Toutes les veines superficielles et profondes du tronc, des membres et du cou sont examinées avec le plus grand soin; elles n'offrent rien de remarquable, soit dans leurs tuniques, soit dans le sang qu'elles contiennent; il en est de même des vaisseaux lymphatiques et des ganglions auxquels ils se rendent. L'examen des artères donne un résultat également négatif.

Les muscles du cou sont séparés et comme disséqués par du pus qui infiltre le tissu cellulaire placé entre leurs faisceaux. On trouve une certaine quantité de ce pus épanchée entre l'œsophage et la colonne vertébrale.

L'estomac est dilaté par des gaz. Intérieurement, il offre sur ses deux faces un pointillé rouge vif qui réside tout entier dans sa membrane muqueuse, et spécialement dans les villosités de cette membrane; la consistance de celle-ci n'est ni augmentée ni diminuée. La surface interne de tout l'intestin grêle, et celle de la moitié supérieure du gros intestin est d'un rouge livide des plus intenses; des follicules isolés, assez nombreux, mais petits, existent vers la fin de l'iléum : aucune plaque de Peyer n'est apparente. Le pharynx et l'œsophage sont à l'état sain.

La rate, augmentée de volume, a six pouces dix lignes de long sur trois pouces sept lignes de large, et dix-neuf lignes d'épaisseur ; elle est très-molle.

Le foie, de volume ordinaire, est peu gorgé de sang ; son tissu est ferme. La vésicule contient une bile noire et épaisse.

La membrane muqueuse du larynx est très-rouge et érodée en plusieurs points. Une couche pultacée blanchâtre la recouvre.

Les deux poumons sont fortement engoués en arrière. Le lobe inférieur du poumon gauche est comme criblé d'une multitude de petits abcès, dont le volume varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'une lentille. Chaque incision faite par le scalpel tombe sur plusieurs de ces abcès, tant ils sont multipliés. Les uns sont entourés d'un parenchyme parfaitement sain; autour de plusieurs autres, le tissu pulmonaire est hépatisé. Dans un certain nombre de points, on trouve, au lieu d'abcès, de petites masses grisâtres, encore dures, et qui sont évidemment des portions de tissu pulmonaire infiltrées de pus. Le lobe supérieur du poumon gauche ne contient rien de pareil. Dans le poumon droit, on ne découvre qu'un seul point où le tissu de cet organe contient un peu de pus, qui s'y trouve encore à l'état d'infiltration.

Les ganglions bronchiques sont assez développés; mais ils n'offrent rien de remarquable, si ce n'est que l'un d'eux contient un peu de matière crayeuse.

Le cœur, dont le tissu est ferme et de couleur normale, contient dans ses cavités un sang coagulé comme de coutume. Un demi-verre de sérosité citrine est épanché dans le péricarde.

Dans l'observation LVI, les accidents graves qui se dévelop-

pèrent subitement, en même temps que les pustules s'affaissèrent, furent pour nous une raison d'admettre une résorption purulente; ajoutez que dans ce cas aucune des lésions trouvées sur le cadavre ne pouvait nous rendre compte de ces accidents.

Ici les pustules restent gonflées jusqu'à la mort, excepté celles du visage, qui ont été déchirées prématurément. Nous observons encore les mêmes accidents, mais plus lentement développés. Comment les expliquerons-nous? Il y a ici deux espèces de lésions: nous trouvons d'une part une gastro-entérite bien prononcée, et seule elle peut avoir eu sans doute une grande influence sur la production des accidents typhoïdes. Mais d'autre part nous trouvons dans le tissu cellulaire du cou, et surtout dans le poumon, de nombreux abcès qui ressemblent tout-à-fait à ceux que l'on rencontre dans les mêmes parties à la suite des grandes opérations, et que l'on a expliqués jusqu'à présent, soit par une résorption de pus, soit par une phlébite. Ici cette dernière n'existait point.

Il nous semble donc que chez ce malade les accidents typhoïdes ont été dus à la fois et à la résorption du pus, et à l'inflammation gastro-intestinale.

Nous allons maintenant citer un autre cas dans lequel apparaissent encore les mêmes accidents typhoïdes, sans qu'il y ait d'autre lésion qu'une inflammation intense du parenchyme pulmonaire.

LVIIIe OBSERVATION.

Variole confluente. Accidents typhoïdes développés le douzième jour de l'éruption. Mort le seizième jour. Pneumonie.

Un homme, âgé de vingt-un ans, parcourt sans accident les

différentes périodes d'une variole confluente jusqu'au douzième jour de l'éruption. Alors les pustules du visage étaient transformées en croûtes jaunâtres; celles des membres étaient encore pleines de pus. Tout-à-coup la fréquence du pouls augmente; la langue se sèche, l'intelligence se trouble, et en même temps la respiration s'accélère; l'auscultation de la poitrine fait reconnaître du râle crépitant vers la base du poumon droit; il y a à peine de la toux, pas d'expectoration, et aucune douleur de côté : une saignée de seize onces est immédiatement pratiquée. Cependant, les symptômes s'aggravent : d'une part, sans que la respiration paraisse être plus gênée, le râle crépitant est remplacé par la respiration bronchique, et d'autre part la sécheresse de la langue, le délire, la stupeur, la prostration augmentent de plus en plus; tout cela persiste pendant quinze jours; puis le malade succombe. A dater du moment de l'invasion de ces nouveaux accidents, l'éruption avait subi un changement remarquable : quelques pustules s'étaient affaissées, sans s'être préliminairement déchirées; d'autres, en beaucoup plus grand nombre, s'étaient remplies de sang.

OUVERTURE DU CADAVRE

29 heures après la mort (en juillet, mais par un temps frais).

Le cerveau est ses annexes ne présentent rien de remarquable.

A la surface interne du larynx, entre les deux extrémités antérieures des cordes vocales, on trouve une petite ulcération qui nous paraît être le résultat probable de la déchirure d'une pustule. La membrane muqueuse de cet organe n'offre d'ailleurs qu'une rougeur assez légère; cette rougeur est plus intense dans la trachée-artère et dans les bronches.

Le lobe inférieur du poumon droit est complétement hépatisé en rouge.

Le cœur a sa consistance et sa coloration normales. Ses cavités contiennent des caillots fibrineux. Les artères et les veines sont exemptes de toute lésion appréciable.

L'œsophage est sain, l'estomac offre intérieurement sur ses deux faces un pointillé rouge vif, sans ramollissement de la membrane muqueuse. L'intestin grêle est généralement peu injecté; on y découvre dans son quart inférieur une quinzaine de plaques de Peyer d'un blanc grisâtre, et qui font au-dessus de la membrane muqueuse une légère saillie. Entre ces plaques existent de nombreux follicules de Brunner, blancs et d'un petit volume. Le gros intestin n'offre rien à noter.

La rate est beaucoup plus volumineuse que dans son état normal, et elle est en même temps d'une grande mollesse; à son intérieur, elle n'est pas uniformément colorée; en certains points la matière qui remplit ses cellules est blanchâtre, et ressemble à de la fibrine privée de matière colorante; en d'autres points elle est d'un rouge foncé.

Le foie et l'appareil urinaire sont à l'état sain.

La pneumonie qui vint compliquer la variole, le douzième jour de l'éruption, fut manifestement dans ce cas le point de départ des accidents typhoïdes; ils commencèrent et s'accrurent avec elle. Le changement qu'éprouvèrent les pustules dès le moment où se montrèrent ces accidents nous paraît bien digne de remarque.

Dans ce cas, comme dans tous les autres, la rate se montre volumineuse et molle. Au milieu des désordres organiques si variés que nous voyons coïncider avec l'état typhoïde, cette

modification de la rate est la lésion la plus constante. Elle peut cependant manquer elle-même, ainsi que l'observation suivante va nous l'apprendre.

LIXe OBSERVATION.

Variole confluente. Symptômes de gastro-entérite dès les premiers jours de l'éruption : un peu plus tard accidents typhoïdes : mort le dixième jour de l'éruption.

Un peintre en bâtiments, âgé de vingt-trois ans, entré à la Pitié le 24 août, avait ressenti, dans la soirée du 18 août, une assez forte céphalalgie, et une douleur qui occupait le bas du sternum et le creux de l'estomac; la nuit, il ne dormit pas. Le 19, la douleur épigastrique persista, ainsi que la céphalalgie; il s'y joignit un assez fort mal de reins. Le 20 et le 21, même état; ces deux jours, il reste au lit. Dans la matinée du 22, il s'aperçoit qu'il a des boutons sur tout le corps, plus développés et plus nombreux, assure-t-il, aux bras qu'à la face. Le 24 août, il nous présente l'état suivant :

Persistance de la céphalalgie et du mal de reins. Douleur vive à l'épigastre; ventre généralement douloureux et ballonné; langue couverte à son centre d'un enduit blanc épais, rouge sur ses bords et à sa pointe; soif vive; anorexie; ni vomissements, ni nausées; constipation; léger mal de gorge; respiration libre; peau brûlante; pouls plein et fréquent (cent battements par minute pour vingt respirations).

La fièvre intense qui existait à une époque encore éloignée de la période de suppuration, les signes d'irritation qui avaient lieu du côté des voies digestives, nous engagèrent à prescrire une saignée.

Le sang extrait de la veine nous parut d'un aspect bien remarquable. Il ne présentait de partie solide qu'une couenne épaisse de sept lignes, blanche, et comme gélatineuse; au-dessous de cette couenne, l'une des plus épaisses que nous ayons jamais rencontrées, on ne trouvait plus de caillot, mais seulement une sorte de détritus rougeâtre, semblable à de la lie, et qui résultait de la fusion intime du sérum, de la matière colorante et de la fibrine.

Le lendemain, 25 août, quatrième jour de l'éruption, les symptômes sont les mêmes; le mal de gorge est seulement plus considérable, et la voix s'éteint. Le ventre conserve de la douleur et de la tension; il n'y a pas eu de selle. Le pouls ne bat plus que quatre-vingt-douze fois par minute, l'éruption se développe bien.

Dans la soirée, le malade délire pour la première fois; ce délire continue toute la nuit.

Le 26 août, cinquième jour de l'éruption, l'intelligence a repris sa netteté; mais la langue commence à se sécher, et le ventre conserve sa sensibilité et son développement; il n'y a pas eu de selle. Les boutons sont partout confluents; la face est rouge et gonflée. Le pouls bat cent huit fois par minute, et dans le même espace de temps on compte vingt-huit respirations. (*Eau de gomme; lavement d'eau de guimauve.*)

Deux heures après que nous avons quitté le malade, son intelligence se trouble de nouveau, et tout le jour, ainsi que la nuit, il reste en délire.

Lorsque nous le revoyons le lendemain matin 27 août, sixième jour de l'éruption, l'intelligence n'a pas repris sa netteté; ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'on obtient de lui quelques réponses, qui n'ont le plus souvent aucun sens; la prostration est considérable; la langue est très-sèche; l'érup-

tion continue à se développer. Le pouls bat cent quatre fois par minute; la respiration s'est ralentie (seize mouvements d'inspirations par minute).

Le 28, septième jour de l'éruption, délire sourd; stupeur; grande prostration; langue sèche comme un morceau de parchemin; ventre toujours ballonné; persistance de la constipation.

Les trois jours suivants, la prostration arrive graduellement au dernier degré; le malade ne parle plus que pour dire qu'il étouffe; il n'a plus sa raison; des croûtes noires couvrent la langue; il meurt dans la nuit du 31 août au 1er septembre. Peu d'instants encore avant la mort, toute la peau était couverte de pustules gonflées par du pus.

OUVERTURE DU CADAVRE

29 heures après la mort.

Le cerveau et ses annexes n'offrent rien de remarquable.

La membrane muqueuse du larynx est rouge; quelques petits boutons blancs existent sur la face postérieure de l'épiglotte. La trachée-artère et les grosses bronches sont rouges comme le larynx. Les poumons ne présentent autre chose qu'un engouement considérable de leur partie postérieure.

Le cœur, dont le tissu est à l'état normal, contient dans ses cavités un sang en partie coagulé, et en partie liquide. Les artères et les veines sont exemptes de toute lésion appréciable.

Le système lymphatique ne présente d'autre altération qu'une tuméfaction assez considérable de quelques ganglions inguinaux du côté droit; ces ganglions sont rouges, et ne contiennent pas de pus.

De nombreuses pustules recouvrent la langue et les parois

du pharynx. L'œsophage est parsemé de petites élevures qui ressemblent à des follicules. L'estomac présente sur ses deux faces une vive rougeur, qui dépend de l'agglomération d'une multitude de petits points rouges qui occupent les villosités; celles-ci sont très-apparentes, et comme tuméfiées. Partout où existe cette rougeur, la membrane muqueuse est friable; dans le grand cul-de-sac, on retrouve encore ce même pointillé rouge, mais moins prononcé. Dans l'espace de trois travers de doigt en-deçà du pylore, la membrane muqueuse a une teinte grisâtre, et elle est mamelonnée. Toute la surface interne du duodénum présente, comme l'estomac, une injection fine des villosités; il en résulte, comme dans le ventricule, une rougeur pointillée des plus vives. La plupart des valvules du jéjunum offrent à leur bord libre une coloration analogue, qu'il est facile de reconnaître aussi pour le résultat de l'injection des villosités, qui sont gonflées, et beaucoup plus saillantes que de coutume. Entre les valvules, la membrane muqueuse est parcourue par des vaisseaux nombreux qui s'entrecroisent en sens divers. Vers le milieu de l'iléum, la membrane muqueuse pâlit, puis non loin du cœcum elle prend un autre aspect: les villosités qui la hérissent sont teintes à leur sommet d'une belle couleur noire. En outre, on découvre dans le tiers inférieur de l'iléum une douzaine de plaques de Peyer, qui ont une teinte brunâtre, et qui font une saillie légère au-dessus du niveau de la muqueuse. Entre elles, on aperçoit un très-grand nombre de follicules de Brunner, qui ont pris un assez grand développement. On retrouve une grande quantité de ces follicules dans toute l'étendue du gros intestin dont la membrane muqueuse est blanche. Quelques ganglions lymphatiques du mésentère sont rouges et tuméfiés.

Le foie, dont le volume est considérable, présente un tissu d'un rouge pâle uniforme, et très-friable; par le grattage avec

le dos d'un scalpel, on enlève ce tissu sous forme de lie, comme le tissu de certaines rates ramollies. La vésicule contient une bile noire et épaisse.

Tandis que le foie a perdu sa consistance, la rate l'a au contraire conservée, ce qui distingue ce cas de tous les précédents; mais, comme dans ceux-ci, son volume est augmenté, moins toutefois que dans quelques autres cas.

L'appareil urinaire ne présente rien à noter.

Chez le malade qui fait le sujet de cette observation, une fièvre intense persista à une époque où ordinairement le mouvement fébrile est ou peu marqué, ou nul. Les signes évidents d'irritation qui existaient en même temps du côté des voies digestives nous firent présumer que dans ces voies digestives résidait la cause de la fièvre. Avant l'arrivée de la période de suppuration, des symptômes graves apparurent; avant le huitième jour de l'éruption, il y avait eu déjà du délire. Toutefois, contrairement à ce que nous avons vu dans l'observation LVII, les pustules varioliques continuèrent à se développer, comme s'il n'y avait eu aucune complication de phlegmasie interne; celle-ci marcha toujours, accompagnée de symptômes ataxo-adynamiques de plus en plus prononcés, et c'est par eux que le malade succomba le dixième jour de l'éruption. Nous appellerons l'attention sur l'état tout particulier présenté par le sang qui fut tiré de la veine à une époque où cependant prédominaient encore les symptômes qui caractérisent la simple fièvre inflammatoire. Cette réunion d'une couenne épaisse avec l'état de dissolution du caillot n'est-elle pas bien remarquable?

Voilà donc cinq cas de variole compliquée d'accidents ty-

phoïdes qui, dans chacun de ces cas, coïncident avec des altérations diverses. Comme l'éruption elle-même, celles-ci ne sont qu'un élément de la maladie. C'est d'ailleurs à ces accidents, quelles que soient les altérations qui les causent, qu'aboutissent la plupart des varioles confluentes qui doivent avoir une terminaison funeste (1).

LXe OBSERVATION.

Métrite puerpérale, avec péritonite partielle. Symptômes ataxo-adynamiques.

Une femme, âgée de vingt-trois ans, était accouchée heureusement à la Maternité d'un premier enfant. Fort peu de jours après sa délivrance, elle sortit de cet établissement; mais à peine de retour chez elle, elle fut prise d'un grand frisson auquel succéda une chaleur brûlante, et en même temps elle ressentit vers l'hypogastre des douleurs vives que tout mouvement augmentait. Des sangsues, au nombre de vingt, furent

---

(1) La mort survient cependant tout autrement dans plus d'un cas de variole confluente. Ainsi, nous avons vu deux individus, atteints de cette maladie, mourir avec tous les symptômes du croup. Chez tous deux, ces symptômes survinrent du huitième au dixième jour de l'éruption. Chez l'un, nous trouvâmes la membrane muqueuse du larynx recouverte par une couche pseudo-membraneuse de plusieurs lignes d'épaisseur; chez l'autre, il n'y avait point de fausse membrane; mais toute la muqueuse du larynx était prodigieusement tuméfiée; celle qui tapisse le fond des ventricules venait faire saillie à leur entrée, et dépassait le niveau des cordes vocales. Toute cette membrane était d'un rouge intense, et une mucosité puriforme la recouvrait.

immédiatement appliquées sur le ventre; cependant les accidents ne diminuèrent pas, et trois jours après leur invasion, cette femme fut reçue à l'hôpital de la Pitié.

La douleur qu'elle avait éprouvée vers l'hypogastre était alors diminuée; elle la sentait à peine lorsqu'elle restait couchée sur le dos sans remuer; dans cette position, elle se plaignait surtout de souffrir beaucoup des reins. La palpation, exercée sur le ventre depuis l'ombilic jusqu'au pubis, était peu douloureuse; si on l'étendait aux régions iliaques, il en résultait une douleur plus vive. On sentait facilement dans l'hypogastre un corps globuleux, peu mobile, qui s'élevait de quatre bons travers de doigt au-dessus du pubis. La forme de ce corps, sa position et ses rapports ne permettaient pas de méconnaître l'utérus, qui avait conservé après l'accouchement un volume insolite. Un écoulement blanc roussâtre avait lieu par le vagin; le doigt, introduit dans ce conduit, fit connaître que le col de l'utérus était tuméfié, molasse, brûlant et très-douloureux au toucher; son orifice était encore assez ouvert pour que l'extrémité du doigt indicateur pût y pénétrer assez avant. Le mouvement fébrile était intense; le pouls, qui se déprimait facilement, battait cent trente-deux fois par minute, et la peau était chaude et sèche; vingt-huit respirations avaient lieu par minute. La langue, couverte d'un enduit jaunâtre, était collante au toucher; la malade accusait une soif vive; elle avait eu les jours précédents des nausées qui n'existaient plus; elle n'avait pas été à la selle depuis son accouchement. Elle éprouvait d'ailleurs un très-grand malaise, une anxiété inexprimable, bien que ses douleurs ne fussent pas vives. Elle répétait qu'elle ne se sentait pas maîtresse de ses idées, qu'elle ne savait ce qu'elle allait devenir; elle se trouvait d'une faiblesse extrême; sa figure était pâle, et ses traits exprimaient un grand affaissement.

Il nous parut évident qu'il y avait chez cette femme une métrite aiguë. Cette maladie nous inquiétait moins que l'état de son système nerveux, et que l'expression de son faciès. Il nous semblait que chez elle des symptômes typhoïdes graves allaient se déclarer; peut-être était-ce là un cas de phlébite utérine; peut-être aussi du pus circulait-il déjà avec le sang; nous nous faisions ces questions, et, en face de cette figure si pâle, de ces traits si affaissés, de cette angoisse nerveuse si prononcée, de ce pouls qui fuyait déjà sous le doigt, nous doutions que la saignée fût indiquée. Cependant il y avait aussi là une inflammation intense de l'utérus; cette inflammation était récente, et il était raisonnable de penser qu'en combattant l'affection locale, en l'enlevant, on donnerait au système nerveux plus de chances de revenir à des conditions meilleures. Nous fîmes donc appliquer trente sangsues sur l'hypogastre; nous recommandâmes que des fomentations émollientes fussent maintenues continuellement sur le ventre, et nous opposâmes un simple lavement d'eau de guimauve à la constipation qu'il était important de faire cesser. A l'intérieur, l'eau de gomme fut la seule boisson prescrite.

Les piqûres de sangsues coulèrent très-abondamment. Le lendemain, l'état de la malade était loin de s'être amélioré. La langue, déjà peu humide la veille, s'était complètement séchée; la face exprimait la stupeur la plus grande; elle avait une teinte plombée des plus remarquables. Les idées n'étaient plus nettes; la malade prononçait de temps en temps des mots qui n'avaient aucun sens; si nous lui demandions comment elle se trouvait, elle nous répondait qu'elle était très-bien, indice funeste d'une profonde perversion de la sensibilité. Ses membres supérieurs étaient agités d'un tremblement continuel. La peau conservait de la chaleur, et le pouls, plus petit que la veille, battait cent quarante fois par minute. La respiration

était remarquable par sa grande irrégularité, tantôt très-accélérée, tantôt singulièrement lente. Au milieu de ces grands désordres de l'innervation, l'état de l'utérus ne paraissait point avoir subi de modification; on pouvait palper le ventre, sans que la malade témoignât de la douleur.

Ainsi l'état typhoïde, que nous redoutions la veille, s'était prononcé d'une manière effrayante. Fallait-il se contenter ici d'une médecine purement expectante? nous ne le pensâmes pas. Nous crûmes que l'indication majeure était dans ce cas de redonner des forces, et nous prescrivîmes une potion dans laquelle nous fîmes entrer trente gouttes d'éther sulfurique et deux gros d'extrait sec de quinquina; nous donnâmes en même temps un lavement dans l'eau duquel on fit dissoudre, suivant les règles ordinaires, vingt-cinq grains de sulfate de quinine (le tout à donner en deux demi-lavements); nous ordonnâmes en outre que des cataplasmes de farine de graine de lin très-chauds et saupoudrés de farine de moutarde, fussent promenés sur les extrémités inférieuses. Nous prescrivîmes pour boisson ordinaire, deux pots, dont l'un d'infusion de tilleul, et l'autre de limonade vineuse.

Ce nouveau mode de traitement parut d'abord être suivi de quelques succès; le lendemain, en effet, l'abattement était moins grand; la langue avait un peu moins de sécheresse, et l'état de l'intelligence semblait meilleur. Mais cette apparence d'amélioration fut de peu de durée. Pendant les quatre jours suivants, bien que le même traitement fût continué, l'état adynamique ne cessa de faire des progrès. La langue et les dents se couvrirent de croûtes noires; le délire fut continuel. Entièrement étrangère à tout ce qui se passait autour d'elle, la malade prononçait de temps en temps quelques paroles inintelligibles; bientôt elle tomba dans un coma profond au milieu duquel elle succomba.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les méninges n'étaient point injectées; la substance cérébrale était pâle; les ventricules ne contenaient que fort peu de sérosité.

Les organes thoraciques n'offrirent à noter qu'un engouement considérable des deux poumons à leur partie postérieure. Du sang, en partie liquide, en partie coagulé, était contenu dans les cavités du cœur.

L'estomac présentait à gauche du cardia, dans un espace qu'aurait pu occuper à peine une pièce de cinq francs, un léger pointillé rouge. Partout ailleurs la membrane muqueuse gastrique était pâle, et avait une bonne consistance. Le duodénum avait une teinte ardoisée. Dans tout le reste de l'intestin, nous ne trouvâmes autre chose que quelques arborisations disséminées, qui ne troublaient point la transparence de la muqueuse, et qui avaient leur siége au-dessous d'elle.

La rate était d'un bon tiers plus volumineuse que de coutume, et très-molle; un léger filet d'eau, versé sur elle, suffit pour la réduire promptement à son parenchyme fibreux.

Le foie, assez pâle, n'offrit d'ailleurs rien de remarquable.

L'utérus dépassait encore de trois travers de doigt le bord supérieur du pubis. Sa cavité, plus ample que de coutume, était remplie d'un mucus puriforme, blanc en certains points, rougeâtre dans d'autres. La membrane qui tapisse les parois de cette cavité était d'un rouge intense, et couverte, en quelques endroits, d'une couche blanchâtre, comme couenneuse. Le tissu même de l'utérus, ordinairement si dur, avait acquis une friabilité telle qu'il se brisait sous le doigt qui le pressait, de sorte que celui-ci s'y enfonçait comme dans une sorte de

pulpe. Ce tissu était partout d'un rouge livide : nulle part nous n'y rencontrâmes la moindre apparence de pus. Nous n'en découvrîmes pas en particulier la moindre trace dans les sinus.

L'ovaire droit était plus volumineux, plus rouge et plus friable que le gauche. Il ne contenait pas de pus.

Un liquide séro-purulent était épanché dans l'excavation du bassin, et des fausses membranes blanchâtres recouvraient les deux faces de l'utérus.

Les artères, les veines, les vaisseaux lymphatiques et leurs ganglions furent examinés avec soin; nous n'y découvrîmes aucune lésion.

Voilà encore un cas où les accidents typhoïdes ont un tout autre point de départ que dans les cas précédents : c'est ici l'utérus dont l'inflammation porte au sein du système nerveux un désordre tout particulier qui produit l'état ataxo-adynamique. Les conditions particulières dans lesquelles se trouve la femme pendant et après l'accouchement, lorsque surtout elle a éprouvé des chagrins ou de la misère, nous semblent éminemment propres à favoriser le développement de cet état.

Cette observation prouve d'ailleurs que l'existence d'une phlébite utérine n'est pas indispensable, comme le croient quelques personnes, à la production des accidents typhoïdes chez les femmes atteintes du métrite puerpérale. Nous pouvons même dire ici que sur un assez grand nombre de cas de ce genre que nous avons observés à l'hospice de la Maternité, il n'y en a eu que très-peu dans lesquels nous avons constaté l'existence d'une phlébite. Voici toutefois un cas dans lequel l'inflammation des veines a eu très-vraisemblablement une grande part à la production des symptômes typhoïdes.

LXIe OBSERVATION (1).

Gangrène de la lèvre inférieure. Pus dans les veines. Abcès dans les poumons. Mollesse de la rate. Symptômes adynamiques; langue sèche et noire.

Une femme, âgée de trente-neuf ans, portière, est amenée à la Charité, le dimanche 16 août dans la soirée. Elle présente une eschare gangréneuse à la lèvre inférieure. Voici les renseignements recueillis, tant de la maladie elle-même, que de MM. Piédagnel et Mérat, qui l'ont soignée avant son entrée dans l'hôpital.

Cette femme, qui se portait bien et qui même allaitait un enfant depuis dix-huit mois, se promenait le dimanche précédent aux Champs-Élysées, lorsqu'elle fut piquée à la lèvre inférieure par une mouche. Elle certifie positivement ce fait; mais elle ne peut dire quelle espèce de mouche l'a piquée. La lèvre se tuméfie jusqu'au mardi, où M. Piédagnel est appelé. Il fait appliquer des fomentations et des sangsues. Il observe lui-même à la lèvre une marque triangulaire blanche, semblable à la morsure des sangsues. La tuméfaction s'accroît; M. Mérat est appelé le vendredi: il conseille la cautérisation; elle est pratiquée avec la potasse caustique. Dans la nuit, du délire se déclare. Enfin, la malade est transportée à la Charité. Là, la tuméfaction n'ayant pas cessé de gagner, le pouls étant rapide et faible, on se décide à une nouvelle cautérisation avec la potasse caustique, après avoir préliminairement fendu l'eschare. (*Décoction de quinquina.*)

---

(1) Recueillie par M. Littré, et publiée dans le *Journal hebdomadaire.*

Le 17, eschare à la lèvre inférieure, large d'un pouce, soulevée par du pus : gonflement indolent des deux joues, surtout à droite du menton, du cou, et même du haut de la poitrine. Rougeur violacée qui disparaît par la pression ; point de cercle inflammatoire qui indique une élimination de la gangrène ; le gonflement est plutôt œdémateux que rénitent. Faiblesse, anxiété, pouls fréquent, vif et peu fort. Plus de délire ; point de céphalalgie ; soif vive ; point de chaleur à la peau ; ventre souple, indolent ; un peu de dévoiement ; sonoréité égale des deux côtés de la poitrine, mais râle muqueux à gauche ; difficulté d'expectorer à cause des viscosités des crachats. (*Trente sangsues au cou ; limonade vineuse ; trois demi-lavements avec la décoction de quinquina et six gros de camphre.*)

A midi, le sang a coulé abondamment. Pouls plus fréquent et plus petit que le matin ; grande anxiété de la malade : gonflement plus considérable.

Le soir, la malade refuse de boire ; elle est dans une anxiété inexprimable ; elle étouffe ; elle veut à chaque instant se jeter en bas de son lit ; elle demande qu'on ne la laisse pas mourir. Sa gorge et sa bouche sont remplies d'un mucus filant et tenace dont elle ne peut se débarrasser.

Le 18, délire toute la nuit ; le gonflement a fait quelques progrès vers la poitrine ; la langue paraît sèche et noire au fond de la bouche. Pouls misérable.

Mort à une heure après midi.

OUVERTURE DU CADAVRE.

L'eschare fendue, on trouve qu'elle renferme du pus au-dessous d'elle et qu'elle comprend presque toute l'épaisseur

de la lèvre inférieure. Quand on coupe les tissus, on rencontre une foule de petits foyers plus ou moins grands; quelquefois le pus semble sourdre de l'orifice béant de petits vaisseaux. En examinant de plus près, on reconnaît que la veine faciale droite est gonflée outre mesure, et qu'elle contient dans certains endroits du pus, dans d'autres une sanie rougeâtre, qu'elle est épaissie, rouge; et ces diverses altérations, tant du vaisseau que du liquide contenu, s'étendent jusqu'au grand angle de l'œil et dans la veine faciale droite; les mêmes lésions se trouvent dans la veine faciale gauche; mais elles s'élèvent moins haut; si l'on presse les petites veines afférentes qui s'ouvrent dans ces vaisseaux, on en fait sortir du pus. La veine jugulaire droite en est remplie; elle est épaissie et rouge dans toute son étendue. Une veine thyroïdienne gauche est dans le même état. La jugulaire gauche est dans l'état ordinaire. Au reste, toutes les grosses veines supérieures sont distendues par des caillots sanguins.

Un abcès qu'on n'avait pas soupçonné est trouvé entre le grand et le petit pectoral du côté droit. Il ne communique pas avec les foyers de la face.

Le cerveau est dans l'état ordinaire, sauf un peu d'injection.

La plèvre gauche est enflammée : on y trouve un petit épanchement purulent; des pseudo-membranes molles et récentes tapissent le poumon et le font adhérer aux côtes. Dans certains endroits où la plèvre viscérale est soulevée par des abcès du poumon, il ne s'est pas formé de pseudo-membranes; et comme tout autour il s'en est développé, on dirait un ulcère de la plèvre, d'autant plus que ces points ont une couleur d'un gris sale.

Le poumon gauche présente une très-grande quantité d'abcès à différents états. On en trouve dans tous ses lobes, mais

surtout à la partie supérieure dans le milieu de son parenchyme, et immédiatement sous la plèvre. Les uns n'offrent encore qu'une masse sanguine : dans d'autres, du pus se mêle déjà au sang; dans d'autres, enfin, c'est du pus seul qu'on rencontre. D'ailleurs ces derniers offrent tantôt du pus blanc et bien lié, et tantôt du pus rougeâtre, sanieux, semblable au liquide trouvé dans quelques veines. Le poumon droit offre d'anciennes adhérences. Quelques abcès semblables aux précédents s'y trouvent en très-petit nombre.

Les veines pulmonaires sont disséquées; elles n'offrent rien de particulier, aussi loin qu'on peut les suivre. En quelques points leurs parois sont soulevées par de très-petits abcès qui font saillie dans leurs cavités.

Les bronches sont rouges et remplies de mucosités.

Le cœur est volumineux; les cavités droites contiennent des caillots fibrineux qui n'ont rien de particulier.

L'estomac, le foie et les reins sont sains.

La rate est ramollie partiellement et se réduit en un putrilage semblable à la sanie des veines.

L'utérus est volumineux, il contient un caillot de sang. (Cette femme avait ses règles.)

Les ovaires sont gros et aplatis. Le droit offre un corps jaune très-bien développé, et au milieu une petite masse sanguine.

La vessie est très-distendue par l'urine, saine du reste.

Cette observation est l'analogue de beaucoup d'autres dont les salles de chirurgie de nos hôpitaux nous offrent de nombreux exemples. Là, il n'est pas rare de voir, à la suite d'opérations plus ou moins graves, les malades succomber avec ces mêmes symptômes ataxo-adynamiques dont les observa-

tions précédentes nous ont fourni des exemples si variés; de plus on voit assez souvent chez eux une teinte jaune se répandre sur toute la peau. A l'ouverture de leur corps, on trouve les veines qui partent du lieu où s'est faite l'opération, enflammées et pleines de pus; on peut suivre plus ou moins loin des traces de cette phlébite, et en même temps l'on trouve des collections de pus dans une foule de parties diverses, comme les poumons, le cerveau, le foie, la rate; on en rencontre également dans les articulations, et dans un grand nombre de points du tissu cellulaire.

Jusqu'à présent nous n'avons vu les accidents typhoïdes se développer qu'à propos de maladies aiguës qui avaient, en quelque sorte, saisi brusquement l'économie. Mais ce n'est pas tout, et il peut arriver aussi que ces accidents marquent la terminaison d'un certain nombre d'affections chroniques qui peu à peu ont appauvri le sang et épuisé l'innervation. L'état typhoïde qui survient alors n'est que l'expression dernière de cette influence lentement exercée : ainsi succombent un certain nombre d'individus atteints des lésions organiques les plus variées; ainsi meurent encore plusieurs vieillards restés hémiplégiques à la suite d'une attaque d'apoplexie. Nous ne citerons ici qu'un exemple de ce genre, remarquable sous plusieurs autres rapports.

LXIIe OBSERVATION.

Symptômes de fièvre adynamique chez une femme qui, plusieurs mois auparavant, avait subi l'amputation d'un sein cancéreux. Masses cancéreuses dans plusieurs organes.

Une femme, âgée de quarante-sept ans, entra à l'hôpital de la Charité dans l'état suivant:

Prostration considérable; état obtus de l'intelligence, et bientôt délire complet ; face pâle, comme plombée. Lèvres et dents fuligineuses; langue très-sèche , et couverte de croûtes noires ; un peu de ballonnement du ventre ; pas de diarrhée. Pouls petit et très-fréquent ; tremblement des membres supérieurs, dès que la malade leur imprime quelque mouvement ; soubresauts de tendons.

Cette femme avait commencé à s'aliter quinze jours environ avant d'entrer à l'hôpital, et elle était arrivée peu à peu à l'état que nous venons de décrire. Quelques toniques furent administrés sans aucun succès. La prostration augmenta de plus en plus ; une eschare considérable se forma au sacrum, et la malade succomba dix jours environ après son entrée.

OUVERTURE DU CADAVRE.

A la place du sein amputé, on trouve une cicatrice de bonne nature, au-dessous de laquelle il n'existe aucun produit accidentel. L'autre sein n'est pas malade. Du côté du sein enlevé, on trouve dans l'aisselle quelques ganglions lymphatiques volumineux, et d'un tissu lardacé.

Un produit accidentel analogue se retrouve dans les parties suivantes.

1°. Dans le foie, qui est comme farci d'un grand nombre de masses blanchâtres et dures, qui ont tous les caractères de la matière encéphaloïde encore à l'état de crudité.

2°. Dans la rate, où l'on découvre des masses semblables à celles qui occupent le foie.

3°. Dans le rein droit, dont un des cônes de substance tubuleuse est entièrement transformé en matière encéphaloïde. De ce cône ainsi dégénéré, on voit partir des prolongements du

produit accidentel qui vont se répandre comme en rayonnant en divers points de la substance corticale.

4°. Dans l'utérus, dont le corps contient trois grosses masses cancéreuses.

5°. Dans les ganglions lymphatiques vertébraux, dans ceux surtout qui existent autour du réservoir de Pecquet.

6°. Dans le poumon droit, au sein duquel sont disséminées dix à douze petites masses blanches de même nature que celles du foie, de la rate, etc. Ces masses paraissent bornées à certains lobules. Mais de plus, on trouve dans le poumon une autre lésion plus rare : ce sont de nombreux vaisseaux lymphatiques, distendus par une matière blanche grumeleuse, qui rampent à la surface externe du poumon droit, qui s'enfoncent par groupes dans son intérieur, et aboutissent dans les lobules malades, où on les perd. L'autre poumon ne présente rien de semblable. Les ganglions bronchiques ne sont point altérés.

7°. Le canal thoracique est rempli par un liquide trouble, blanchâtre, dans lequel sont suspendus quelques grumeaux de même couleur.

Le cerveau, le cœur, le tube digestif, sont exempts de toute lésion appréciable ; la membrane muqueuse gastrique a seulement, dans sa moitié droite, une légère teinte ardoisée, et quelques veines remplies de sang rampent au-dessous de cette membrane vers le grand cul-de-sac.

Voilà un cas fort remarquable, où nous ne trouvons pas de lésion récemment formée qui puisse être regardée comme le point de départ des accidents typhoïdes. Nous ne pouvons plus les expliquer qu'en admettant que l'altération générale du

mouvement nutritif avait peu à peu détérioré l'hématose et l'innervation à tel point, que le moindre choc imprimé à l'économie fût suffisant pour déterminer la production de l'état typhoïde.

Du reste, lorsque, dans des cas plus ou moins analogues, on voit survenir des symptômes adynamiques, il est bien plus ordinaire de rencontrer quelque inflammation intercurrente qui les a produits, en raison des conditions défavorables dans lesquelles elle a trouvé l'économie : ces conditions sont la cause prédisposante, et l'inflammation n'est que la cause occasionnelle.

§ II. Symptômes typhoïdes, sans lésions appréciables par l'anatomie.

L'observation qui termine le paragraphe précédent nous a déjà montré un cas dans lequel parmi les nombreuses altérations trouvées sur le cadavre, aucune ne pouvait être considérée comme la cause immédiate des symptômes de fièvre adynamique qui terminèrent la vie de la malade. Pour nous en rendre compte, il a fallu que nous supposassions une modification particulière de l'innervation, que la nécropsie ne pouvait pas nous montrer. Ce sont des cas de ce genre, mais dans lesquels il n'y a même plus d'affection chronique antécédente, comme dans l'observation LXI, que nous avons relatée dans ce paragraphe. L'étude de cas semblables, moins rares qu'on ne serait porté à le supposer, nous semble être d'un haut intérêt, en ce qu'elle nous habitue à reconnaître que le scalpel seul est loin de nous donner la clef de tous les problèmes de notre science.

LXIIIe OBSERVATION.

Symptômes d'embarras gastrique au début ; évacuations abondantes par haut et par bas à la suite de l'administration de deux grains d'émétique. Apparition subite de symptômes ataxo-adynamiques, et mort en quelques heures. Putréfaction très-rapide après la mort. Aucune lésion.

Un élève en médecine, ancien séminariste, avait vu pendant plusieurs années sa vie brisée par de profonds et continuels chagrins ; pendant tout ce temps, il avait aussi éprouvé de la misère. Arrivé à l'âge de vingt-huit ans environ, sa position s'améliora. Pendant qu'il était malheureux, il m'avait consulté plusieurs fois pour une affection chronique de l'estomac, qui avait disparu depuis qu'une vie plus heureuse avait commencé pour lui. Dans les derniers jours du mois de mai 1831, il vint me voir de nouveau, non plus pour sa santé, qui était excellente, à ce qu'il m'assura, mais pour me demander quelques conseils sur sa carrière. Le 5 juin, il me fit prier de lui rendre une visite, parce qu'il était malade. Voici alors ce qu'il me raconta. Le 2 juin, il avait commencé à avoir mal à la tête. Le lendemain, il avait éprouvé un malaise général, et son appétit s'était perdu. Il resta dans le même état le 4; il croit avoir eu un peu de fièvre. Le 5, je le trouvai dans l'état suivant.

Céphalalgie légère, occupant surtout la région frontale, teinte jaune de la face. Accablement général. Sentiment de lassitude. Bouche amère; langue large, couverte d'un enduit jaune, sans rougeur aucune de ses bords et de sa pointe; nausées, et de temps en temps rejet des liquides avalés; pas de soif; anorexie complète; ventre partout souple et indolent;

constipation. Peau sans chaleur et pouls sans fréquence (70 battements par minute). Cet ensemble de symptômes me paraît devoir céder à un émétique ; le malade prend immédiatement deux grains de tartre stibié dans deux demi-verres d'eau. Il était alors quatre heures de l'après-midi.

La nuit, il eut d'abondants vomissements, et un grand nombre de selles. Toute la matinée du 6 juin, il fut très-accablé. Je le revis ce même jour à quatre heures du soir : il était alors dans un état d'anxiété difficile à décrire. Son état d'angoisses était tel, qu'il ne répondait qu'avec beaucoup de peine à mes questions. Cependant il n'accusait d'autre souffrance locale qu'une vive douleur dans les deux bras, douleur qui s'exaspérait lorsqu'on imprimait à ses membres quelque mouvement. La langue avait conservé son humidité ; le ventre était dans tous ses points indolent et souple, la peau sans chaleur, le pouls fréquent et petit. Le malade m'exprima le désir d'être transporté à la Pitié dans une de mes salles : il y fut conduit sur-le-champ, et à peine il y fut rendu, qu'on lui pratiqua une saignée. J'ignore ce qui lui arriva la nuit, mais le 7 juin, à sept heures du matin, il était agonisant. Ses traits étaient horriblement décomposés ; l'intelligence était complétement abolie ; les extrémités étaient froides, et le pouls filiforme. De plus, un phénomène singulier nous frappa ; c'était la couleur noire des bourses et du pénis, qui était en même temps gonflé ; on eût dit que ces parties étaient frappées de gangrène. Une heure après, la peau du thorax, au-dessous des deux clavicules, avait également une teinte d'un violet foncé qui tendait au noir, et la même couleur commençait à se répandre sur divers points des membres. Mort à neuf heures du matin.

OUVERTURE DU CADAVRE

25 heures après la mort (pendant tout le temps écoulé depuis l'instant de la mort jusqu'à l'autopsie, la température fut plus basse qu'elle n'est ordinairement au mois de juin, et d'autres cadavres examinés le même jour, et encore plus de temps après la mort, ne présentèrent point de trace de putréfaction).

Les méninges et la superficie des circonvolutions cérébrales avaient une teinte rougeâtre semblable à celle qu'on trouve dans ces parties sur des cadavres putréfiés depuis plusieurs jours. Un peu de sérosité rougeâtre existait dans les ventricules, toute la pulpe du cerveau était molle.

Les poumons gorgés de sang étaient *verdâtres* à leur surface.

Le cœur contenait, dans ses diverses cavités, un sang liquide dans lequel on distinguait un grand nombre de bulles d'air. Son tissu était mollasse et rougeâtre, et, à sa surface interne, il offrait aussi une coloration d'un rouge-brun. Les artères et les veines, dans lesquelles existait également un sang liquide et *spumeux*, étaient teintes en rouge à leur surface interne.

La membrane muqueuse de l'estomac était séparée des tissus subjacents par une notable quantité de gaz. Partout cette membrane était blanche, et d'une bonne consistance. Tout près du cardia, à droite de cet orifice, apparaissaient cinq à six petites taches noirâtres, qui avaient chacune moins du diamètre d'un centime; ces taches étaient formées par du sang qui infiltrait le tissu même de la muqueuse, c'étaient de véritables pétéchies. La surface interne du duodénum, du jéjunum, de l'iléum, de tout le gros intestin, était partout d'une pâleur remarquable. Il n'y avait ni follicules, ni plaques de Peyer développées.

La rate, augmentée de volume, était en même temps très-molle.

Le tissu du foie était très-friable et pâle. La vésicule contenait un peu de bile verdâtre.

Les reins étaient rougeâtres, la vessie distendue par une grande quantité d'urine, sa surface interne blanche.

La couleur noire de la peau des bourses, du pénis, du thorax et d'autres points était due à une infiltration sanguine du tissu cellulaire sous-cutané.

Établissons d'abord un premier fait: c'est qu'à l'exception des ecchymoses et des pétéchies, toutes les autres altérations trouvées sur le cadavre étaient évidemment un résultat de putréfaction. Mais c'est déjà une circonstance fort remarquable de cette observation que la rapidité avec laquelle la décomposition des parties avait commencé à s'opérer. Il faut ordinairement un temps plus long ou une température plus élevée pour que l'on trouve toutes les lésions cadavériques observées dans ce cas, comme liquéfaction du sang, état spumeux de ce liquide, colorations rouges de plusieurs tissus, ramollissement de plusieurs autres, emphysème de l'estomac, etc. Supposez un individu empoisonné par quelque substancé septique; voilà dans quel état vous trouverez son cadavre. Mais chez lui aussi il y aura eu, avant la mort, transsudation du sang à travers ses vaisseaux, et ici le même phénomène a eu lieu: plusieurs portions de tissu cellulaire sous-cutané s'étaient remplies de sang avant que la mort ne fût survenue; encore quelques heures d'existence, et à voir la rapidité avec laquelle le sang s'épanchait sous différents points de la peau, il est bien vraisemblable que toute cette membrane n'eût plus présenté qu'une

vaste ecchymose; peut-être quelques heures plus tard les membranes muqueuses à leur tour se seraient-elles laissé aussi traverser par le sang, et le vomissement noir aurait eu lieu; n'y avait-il pas déjà dans l'estomac quelques pétéchies? Ainsi, dans cette singulière maladie, ce qui nous apparaît surtout, ce sont des phénomènes semblables à ceux qu'on observe, lorsqu'un miasme ou un poison septique a vicié le sang.

Nous croyons donc qu'il a existé ici une altération du sang. Était-elle primitive? Fut-elle le point de départ des autres accidents? Ou bien, fut-elle elle-même le produit d'un vice de l'innervation? question insoluble dans l'état actuel de la science. Remarquez d'ailleurs combien fut insidieux le début de cette maladie. Un simple embarras gastrique ouvre la scène, et en quelques heures il se transforme par un ensemble de symptômes qui touchent à ceux des typhus les plus graves. Sans doute, la vie toute de chagrins et de misères dont sortait à peine ce jeune homme, avait pu laisser dans tout son organisme une prédisposition à de semblables accidents.

Un cas qui a bien des rapports avec celui que nous venons de citer a été publié, il y a quelques années, par M. le docteur Gauthier de Claubry (1) : chez l'individu dont il nous a transmis l'histoire, pas plus que chez le nôtre, ce n'est point dans l'inflammation circonscrite d'un solide que peut être placé le point de départ de la maladie, c'est dans un état morbide inconnu, soit du système nerveux, soit du sang.

L'individu observé par M. Gauthier était âgé de dix-neuf ans. A la suite de travaux intellectuels des plus pénibles et de veilles prolongées, il éprouve une lipothymie. Deux heures

---

(1) *Archives de Médecine*, tom. 23, pag. 232.

après cet accident, qui l'a laissé faible et comme épuisé, il est pris d'un mouvement fébrile intense; il ressent une anxiété extrême; ses membres lui font mal; il se plaint de la gorge; la sensibilité générale est très-exaltée, la langue est rouge, ainsi que toute la membrane muqueuse de la bouche et du pharynx, la respiration est inégale; du délire survient. Deux jours se passent ainsi; puis le trouble de l'innervation augmente; les battements du cœur et des artères deviennent irréguliers et faibles, la respiration est singulièrement laborieuse; les forces musculaires diminuent; la sensibilité s'éteint; l'intelligence ne se traduit plus que par quelques rêvasseries obscures; les extrémités se refroidissent, et une sueur visqueuse précède la mort, qui survient quatre-vingt-cinq heures après l'instant où la lipothymie a eu lieu. Plusieurs émissions sanguines avaient été pratiquées.

Pour expliquer tous ces symptômes si *éminemment ataxiques,* et dont l'ensemble à une autre époque eût été appelé *fièvre maligne,* que trouva-t-on à l'ouverture du corps ? Un engorgement considérable et général du système vasculaire veineux, partout un sang liquide et violacé, épanché en plusieurs points dans le tissu cellulaire sous forme d'ecchymose, et de plus un ramollissement singulier de la plupart des organes, du cerveau, du cœur, des poumons, du foie, de la rate, des reins, des muscles eux-mêmes, qui, partout, se laissaient déchirer comme de la pulpe, et avaient en même temps une couleur pâle.

Les deux faits que nous venons de citer nous paraissent être l'un et l'autre d'une grande portée, et nous appelons sur eux toute l'attention des observateurs.

Voici maintenant un autre cas dans lequel les désordres fonctionnels semblent plus spécialement porter sur les centres nerveux. Le sang ne paraît plus être en cause. La maladie dont

il va être question dans ce cas aurait été appelée fièvre ataxique par Pinel; méningite ou méningo-encéphalite par d'autres. Les renseignements fournis par la nécropsie furent encore ici complètement négatifs.

LXIVe OBSERVATION.

Délire fébrile; mouvements convulsifs. A la suite d'une application de sangsues, affaissement subit qui est suivi de la mort. Aucune lésion appréciable.

Un garçon marchand de vin, âgé de dix-sept ans, fortement constitué, commence à ressentir, le 22 janvier, une forte céphalalgie, un malaise général, un grand accablement; il continue cependant à travailler et à manger. Le 27 janvier, pour se débarrasser de son mal de tête, il boit une certaine quantité d'eau-de-vie; il n'en est que plus souffrant. Le 28, il entre à la Maison royale de santé, et nous offre l'état suivant.

La face est fortement injectée, ainsi que les conjonctives. Les idées ne sont plus nettes, et le malade répond d'une manière fort incomplète aux questions qu'on lui adresse. Le pouls bat cent vingt fois par minute, et la peau est brûlante. Du reste, la langue est humide et sans rougeur, le ventre est souple et indolent, et il n'y a point de diarrhée. Nous faisons appliquer vingt sangsues à l'anus. Pour nous, ce malade avait une fièvre inflammatoire avec prédominance d'excitation cérébrale.

Le lendemain 29, nous trouvons le malade dans un état de délire complet, et de temps en temps quelques mouvements convulsifs viennent agiter la face et les membres. La fièvre persiste; la langue a conservé un aspect aussi naturel. Une saignée de douze onces est pratiquée.

Dans la journée, le délire ne diminue pas, les mouvements convulsifs deviennent plus fréquents.

Dans la matinée du 30, même état. Nous prescrivons une application de douze sangsues derrière chaque oreille. Peu de temps après notre visite, et avant que les sangsues n'eussent été mises, il survient une forte convulsion à laquelle tout le corps participe, et qui est suivie d'un grand état de prostration. A midi cependant les sangsues sont appliquées; jusqu'à deux heures leurs piqûres coulent abondamment. Le malade est alors très-faible et couvert d'une sueur froide; on arrête le sang; mais la prostration augmente, le pouls cesse de battre, et le malade succombe à sept heures du soir.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le cerveau, la moelle épinière, et leurs membranes d'enveloppe avaient leur coloration et leur consistance normales. Les ventricules ne contenaient que peu de sérosité. Nous cherchâmes vainement quelques lésions dans tout le système nerveux; nous ne pûmes en découvrir aucune. Nous n'en découvrîmes pas davantage dans les différents organes du thorax et de l'abdomen, examinés avec d'autant plus de soin que cette absence de toute lésion nous étonnait.

Voilà un exemple bien tranché de fièvre continue avec concentration des accidents vers le système nerveux, sans que l'anatomie découvre aucune lésion qui puisse en rendre compte. Est-ce à dire que la maladie n'existait nulle part, ou, si l'on veut, qu'elle avait son siége partout? Ce n'est point ainsi que nous raisonnerons; nous placerons le siége du mal là où les

symptômes l'indiquaient, c'est-à-dire dans le cerveau : mais ce fait est à ajouter à beaucoup d'autres qui prouvent l'insuffisance de nos moyens actuels d'investigation pour reconnaître dans le cerveau mort les traces de la maladie dont il était le siége.

Dans le cas actuel, cette maladie était-elle une inflammation? Devait-elle être combattue par les émissions sanguines? on serait tenté d'en douter, eu égard au peu de succès des saignées qui furent pratiquées, et surtout aux accidents très-fâcheux qui suivirent la dernière application de sangsues. Était-ce le cas d'employer l'opium? nous ne le pensons pas. Nous ne reconnûmes point ici les caractères du délire tout particulier qui cède aux narcotiques, et dont nous parlerons dans le cinquième volume de cet ouvrage. C'est dans des cas de ce genre où la perturbation nerveuse semble être toute la maladie, que les affusions froides, pratiquées suivant la méthode de l'habile et savant docteur Récamier, pourraient être tentées avec quelques chances de succès.

Les différents cas que nous avons cités dans ce paragraphe étaient relatifs à des maladies qui avaient une marche rapide, une durée fort courte, et dans lesquels les symptômes adynamiques ou ataxiques se montraient dès le début, et comme d'emblée. Ces maladies n'ont plus la physionomie de celles qui ont été désignées par MM. Chomel et Louis sous le nom de fièvres typhoïdes. Jusqu'à présent, dans tous les cas relatifs à cette dernière affection que nous avons rapportés, nous avions trouvé quelque altération dont l'intensité était généralement en rapport, sauf quelques exceptions, avec la gravité des symptômes observés. Y a-t-il cependant des cas où la fièvre typhoïde, en ne comprenant sous cette dénomination que l'affection ainsi désignée par MM. Chomel et Louis, ne laisse sur le cadavre aucune lésion à laquelle on puisse raisonnable-

ment attribuer et les symptômes et la mort? L'observation suivante nous semble être de quelque importance dans la solution de cette question.

LXVe OBSERVATION.

Symptômes ataxo-adynamiques portés au plus haut degré. Marche et durée de la fièvre dite typhoïde. Absence de lésions.

Un Allemand, âgé de dix-neuf ans, tailleur de limes, arrivé à Paris depuis six semaines seulement, entra à la Maison royale de santé le 24 décembre 1830. Nous ne pouvons obtenir aucun renseignement précis sur les antécédents. Nous savons seulement qu'il garde déjà le lit depuis plusieurs jours. Son visage pâle exprime la stupeur; il répond péniblement aux questions; il paraît déjà singulièrement prostré. La langue, encore humide, est chargée à son centre d'un enduit blanchâtre, et rouge à son pourtour. Le ventre est indolent, un peu ballonné; il y a de la constipation. Le pouls est à peine fréquent, et la peau n'est pas chaude; nous faisons appliquer vingt sangsues à l'anus.

Les cinq jours suivants, la stupeur et la prostration persistent, et cependant chaque matin nous trouvons le pouls sans fréquence, et la peau fraîche; on nous assure seulement que le soir il y a un peu de fièvre. Cet homme a complétement pour nous l'aspect typhoïde.

Le 1er janvier, l'état de stupeur se prolongeait, sans toutefois augmenter; il n'y avait pas plus de fièvre que les jours précédents; un enduit jaunâtre très-épais couvrait la langue. Nous voulûmes essayer quelle influence serait exercée sur cet état par l'ébranlement d'un vomitif; l'absence apparente de

toute excitation nous autorisait à en tenter l'emploi. Deux grains de tartre stibié furent en conséquence administrés : le malade vomit à plusieurs reprises, et eut deux selles abondantes; il rendit un ver lombric par la bouche.

Les quatre jours suivants, le malade parut aller mieux; son intelligence était moins affaissée, et il avait plus d'agilité dans ses mouvements; il était toujours sans fièvre. Mais le 6 janvier, nous trouvons le malade dans un état d'anxiété extrême; il porte sans cesse la main à l'épigastre, et dit qu'il étouffe; une vive agitation a succédé à l'espèce d'immobilité des jours précédents; la fièvre s'est allumée ; la langue conserve son humidité et est d'un rouge peu vif; son centre est toujours couvert d'un enduit jaune. Vingt sangsues sont immédiatement appliquées sur l'épigastre; leurs piqûres donnent beaucoup de sang. Dans la soirée, le malade est pris de dysurie; on est obligé de le sonder.

Le 7 janvier, la langue s'est séchée; l'agitation a de nouveau fait place à la stupeur; la fièvre de la veille persiste; les urines coulent librement.

Le 8 janvier, deux épistaxis; sécheresse complète de la langue; fréquence du pouls; face terreuse et stupide; commencement de diarrhée; ventre indolent.

Du 8 au 15 janvier, le ventre se ballonne davantage, et est de temps en temps douloureux au palper; la dysurie reparaît par intervalles; la sécheresse de la langue et la diarrhée persistent; la fréquence du pouls va en augmentant. Le 15, on observe quelques soubresauts de tendons. Pendant tout ce temps, le malade ne prend intérieurement que de l'eau de gomme, et des fomentations émollientes sont pratiquées sur l'abdomen.

Le 16 janvier, des croûtes noires couvrent la langue; le ventre est ballonné, et douloureux à la pression : la douleur a

surtout une grande intensité vers la région de la rate. Une nouvelle hémorrhagie nasale a lieu. Le malade délire, et sa face exprime le dernier degré de la stupeur. Le pouls est misérable et très-fréquent. Des soubresauts de tendons empêchent souvent qu'on ne le sente. Nous nous décidons à tenter une médication tonique. (*Potion gommeuse, avec addition de deux gros d'extrait mou de quinquina; neuf grains de sulfate de quinine en trois pilules; un demi-lavement d'eau amidonnée, avec addition de trente gouttes de teinture de valériane, et de douze grains de sulfate de quinine; fomentations sur l'abdomen, avec l'huile de camomille camphrée.*)

Dans la soirée, le malade sort de son état de stupeur; il s'agite beaucoup, il parle à haute voix; puis, comme si tout-à-coup il avait recouvré ses forces, il se lève, sort de son lit, s'habille et marche dans la salle.

Dans la matinée du 17 janvier, l'agitation persiste, quelques vomissements ont eu lieu. L'événement de la soirée, l'état présent lui-même, nous engagent à supprimer les toniques, il nous semble que le cerveau est devenu le siége d'une forte excitation, contre laquelle on peut encore tenter une émission sanguine, et nous faisons appliquer huit sangsues derrière chaque oreille. Il faut noter que le pouls, qui ne donnait le 16 que quatre-vingt-dix-huit battements, en donne, le 17, cent trente.

Toute la journée, malgré l'écoulement du sang qui a lieu, le malade s'agite tellement, et déploie encore tant de forces, qu'on est obligé, pour le contenir dans son lit, de lui mettre la camisole.

Le lendemain 18, il est encore attaché. Ses yeux sont hagards et très-mobiles, les mouvements convulsifs les plus variés agitent les muscles de la face, et donnent à sa physio-

nomie une expression hideuse. Ses membres sont le siége d'un tremblement continuel ; il parle sans cesse. Les pupilles sont très-dilatées. La langue est couverte de sang, fourni par sa membrane muqueuse ; il n'y a eu qu'une seule selle depuis vingt-quatre heures. Le pouls, petit, donne cent trente-quatre battements par minute. (*Sinapismes aux extrémités inférieures.*)

Dans la journée, l'exaltation du matin diminue peu à peu ; elle fait place à un affaissement qui augmente rapidement, et qui est suivi de la mort vers cinq heures du soir.

OUVERTURE DU CADAVRE

15 heures après la mort.

Les méninges ne sont point injectées ; aucun liquide ne les infiltre ; les ventricules ne contiennent que peu de sérosité. Le cerveau est pâle, et il a sa consistance normale.

Les poumons sont sains, peu engoués, même postérieurement. Le cœur ne contient que très-peu de sang ; son tissu est ferme et n'offre aucune coloration insolite. La surface interne des artères et des veines est blanche.

La membrane muqueuse de l'estomac est pâle dans toute son étendue, excepté autour de l'orifice cardiaque, où l'on observe un léger pointillé rouge. Nulle part cette membrane n'est ramollie ; elle est mamelonnée vers la portion pylorique.

La membrane muqueuse de l'intestin grêle est partout d'une grande pâleur. Les parois de cet intestin sont minces, sans qu'aucune des tuniques qui les composent soit ramollie. Dans l'étendue d'un pied au-dessus du cœcum, on aperçoit quelques follicules de Brunner peu saillants, et pâles comme la membrane qui les soutient. Dans cette même étendue, on rencon-

tre cinq plaques de Peyer, qui ont, terme moyen, huit lignes de long sur deux de large; mais ces plaques ne font aucune saillie au-dessus du niveau de la muqueuse, et elles ne se distinguent de celle-ci que par les myriades de points noirs qui en parsèment la surface. La valvule iléo-cœcale est saine, et tout le gros intestin est pâle comme l'intestin grêle. On n'y découvre pas de follicules; il y a seulement dans le cœcum une petite plaque de Peyer qui a l'aspect de celles de l'intestin grêle, et qui, comme ces dernières, ne présentent ni rougeur, ni tuméfaction, ni ramollissement des tissus qui la composent. Les ganglions mésenteriques sont pâles, et ne sont pas plus développés qu'ils ne doivent l'être chez un jeune homme de dix-neuf ans.

La rate a un volume très-considérable, et elle est très-molle.

Le foie est pâle, et a sa consistance normale.

L'appareil urinaire, y compris la prostate, et les parties génitales (*testicules et vésicules séminales*), n'offrent aucune lésion.

Des incisions pratiquées dans l'épaisseur des muscles jusqu'aux os (tant aux membres qu'au tronc) n'y ont rien fait découvrir.

Il est bien évident qu'on ne peut pas expliquer dans ce cas par les lésions trouvées après la mort, les symptômes observés pendant la vie. Les six plaques de Peyer trouvées dans l'intestin, et les follicules peu nombreux développés autour d'elles, ne sauraient être considérés comme des altérations. Ces glandules étaient seulement un peu plus apparentes que de coutume; elles n'étaient point réellement malades. On les trouve

en effet dans un semblable état chez des individus qui succombent aux affections les plus différentes; c'est aussi à cet état que nous les avons rencontrées chez d'autres individus morts quelque temps après avoir présenté tous les symptômes d'une dothinentérie dont ils étaient guéris. Nous accorderons, si l'on veut, que, chez notre malade, au début de son affection, il y avait eu aussi inflammation de ces follicules; mais toujours est-il qu'à l'instant de la mort cette inflammation n'existait plus, et que par conséquent ce n'est point elle qui pourrait expliquer et cette mort, et les symptômes qui la précédèrent. Chercherons-nous ailleurs une lésion? Nulle part il n'y en avait l'apparence, pas même dans ces centres nerveux qui, pendant la vie, avaient traduit leur souffrance par des symptômes si graves et si variés.

CHAPITRE II.

FIÈVRES CONTINUES TERMINÉES PAR LE RETOUR A LA SANTÉ.

Les observations qui précèdent ont été consacrées à déterminer, par l'étude des lésions trouvées sur le cadavre, le siége et la nature des maladies décrites par les nosographes sous les noms de fièvres inflammatoire, bilieuse, muqueuse, adynamique, ataxique.

Les observations qu'on va lire vont nous montrer ces mêmes maladies, depuis les plus légères jusqu'aux plus graves, se terminant plus ou moins sûrement par le retour à la santé, sous l'influence de diverses méthodes thérapeutiques. Mais pour juger l'efficacité de ces méthodes, il ne faudra pas que nous portions seulement notre attention sur ces cas de guérison, car il est des malades qui guérissent ou qui meurent, quoi qu'on fasse; il faudra aussi que nous revenions sur nos pas, et que, sous le rapport thérapeutique, nous comparions les observations de maladies terminées par la mort avec celles où la guérison a eu lieu.

En étudiant les effets de ces diverses méthodes, nous trouverons plus d'une fois que leurs succès ne peuvent pas toujours s'expliquer par les seules notions de l'anatomie pathologique; c'est que les lésions trouvées sur le cadavre ne fournissent pas dans tous les cas la seule indication thérapeutique; il y a d'autres indications à chercher, soit dans la nature même des causes qui ont produit la maladie, soit surtout dans les conditions d'innervation qui tantôt ont préexisté à la maladie, dont

elles déterminent la forme et la gravité, et qui tantôt se sont produites à l'occasion de cette maladie elle-même. Nous concevons ainsi comment, en médecine pratique, tout en sachant qu'il y a, dans la plupart des fièvres dites essentielles, irritation gastro-intestinale, il ne sera pas déraisonnable, dans certains cas, de ne plus faire qu'une attention secondaire à cette irritation, et de s'attacher surtout à modifier l'innervation par l'emploi de substances appelées toniques, antispasmodiques, etc., substances dont on a fait sans doute un bien funeste abus, mais dont il n'est pas encore démontré qu'on doive proscrire entièrement l'usage.

Les observations suivantes vont nous montrer les maladies connues sous le nom de *fièvres*, traitées, 1° par une simple médecine expectante; 2° par les évacuants; 3° par les antiphlogistiques proprement dits (émissions sanguines et révulsifs); 4° par les toniques.

ARTICLE PREMIER.

TRAITEMENT PAR LA DIÈTE ET LES SIMPLES DÉLAYANTS.

LXVIe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Diarrhée au début; fièvre; rétablissement d'une transpiration supprimée; guérison. Onze jours de durée.

Une fille de vingt-un ans, femme de chambre, d'une forte constitution, n'habitant Paris que depuis trois mois, sentit, le

8 octobre 1821, sans cause connue, un malaise général; elle perdit l'appétit, et fut prise d'un grand dévoiement. Les huit jours suivants, continuation de la diarrhée, fièvre. La malade ne cessa pas de manger à peu près comme en santé. Entrée à la Charité le 16 octobre, elle avait de la céphalalgie. La face était rouge, la langue blanche, la bouche mauvaise, la soif vive, la région ombilicale douloureuse. La malade avait eu douze selles très-liquides depuis vingt-quatre heures. Le pouls était à peine fréquent, la peau peu chaude. Dans l'état de santé, les aisselles étaient le siége d'une transpiration très-abondante qui n'avait plus lieu. On prescrit deux demi-lavements de mauve et de pavot, tisane d'orge gommée, diète absolue. Dans la journée, la malade n'alla que quatre à cinq fois à la selle. Le soir elle eut beaucoup de fièvre. La nuit, de fréquentes nausées la tourmentèrent. Dans la matinée du 17, elle était dans le même état que la veille, son dévoiement se modéra; elle n'eut pas le soir de redoublement, et dormit assez bien la nuit. Le 18, même prescription, deux bouillons. Il n'y eut qu'une selle dans la journée. Le 19, la malade se trouvait très-bien, elle avait de l'appétit. La transpiration de l'aisselle s'était rétablie pendant la nuit. Elle fut mise au quart. Elle sortit le 21.

La guérison de cette malade fut prompte et facile. A peine fut-elle délivrée du dévoiement et de la fièvre, qu'elle recouvra la plénitude de ses forces et de sa santé. Elle n'eut pas, en quelque sorte, de convalescence. Se serait-elle aussi promptement rétablie, si on l'eût affaiblie par des émissions sanguines?

Remarquons aussi chez cette femme la suppression d'une

transpiration partielle habituelle, qui se rétablit avec la santé. Si les symptômes morbides avaient persisté, il eût été rationnel de chercher à rappeler la transpiration des aisselles par l'usage des frictions, des fomentations chaudes, par l'application d'irritants sur cette partie, etc.

LXVIIe OBSERVATION.

Séjour à Paris depuis deux ans. Au début, prédominance des symptômes généraux. Plus tard, diarrhée avec fièvre. Onze jours de durée.

Un homme, âgé de vingt-trois ans, assez faiblement constitué, habitant Paris depuis deux ans, ressent, pendant quatre jours, des fatigues dans les membres et une forte céphalalgie sus-orbitaire. Il perd l'appétit; sa bouche est mauvaise. Le cinquième jour, il a du dévoiement; il éprouve, pour la première fois, une chaleur brûlante, un accablement général; il s'alite. Le sixième et le septième, il est dans le même état, et boit un peu de vin chaud sucré. Le huitième jour, il est très-faible, il a des étourdissements. La douleur de tête est bornée à la tempe gauche; la langue est blanchâtre, la soif médiocre, le ventre indolent. Huit déjections alvines très-liquides et jaunes ont eu lieu dans les vingt-quatre heures. Le pouls est fréquent et fort, la peau moite. (*Tisane d'orge gommée, diète absolue.*) Le neuvième et le dixième jour, l'état est le même. On continue l'usage de la tisane d'orge. Le onzième jour, le dévoiement se modère; la fièvre n'existe plus. Convalescence les jours suivants.

LXVIIIe OBSERVATION.

Écart de régime. Au début, signes d'embarras gastrique; constipation constante; fièvre; cessation graduelle des symptômes. Vingt-cinq jours de durée.

Un jeune homme de dix-huit ans a une violente indigestion, après avoir mangé une grande quantité d'oie. Les quinze jours suivants, il éprouve un malaise général : il est sans appétit, il a des nausées, des maux de tête, il est constipé. Au bout de quinze jours, le pouls s'accélère un peu, la peau devient chaude; la constipation persiste. Il entre alors à l'hôpital. On le traite comme les malades précédents. Il reste huit à dix jours dans le même état; puis le pouls perd sa fréquence, l'appétit revient, le malaise général disparaît, et le malade est rendu à son état de santé habituel.

Les divers symptômes éprouvés par cet individu reconnaissent ici pour point de départ une affection de l'estomac, produite elle-même par une cause évidente. C'est en raison de cette circonstance que nous avons rapporté ce cas, où le siége de la maladie est beaucoup plus démontré par la cause qui l'a produite et par les phénomènes du début, que par les symptômes qui existent pendant son cours. Au contraire, dans l'observation soixante-septième, l'affection gastro-intestinale ne se dessine qu'un certain nombre de jours après le début de la maladie, et dans ce début, ce sont les symptômes généraux qui prédominent.

LXIXe OBSERVATION.

Excès de travail et mauvaise nourriture. Diarrhée au début. Langue sèche par intervalles. Trois semaines de durée.

Un tailleur, âgé de vingt ans, avait passé plusieurs nuits à travailler; il se nourrissait mal: sa maladie avait débuté par une diarrhée abondante. Lorsqu'il entra à la Charité, sa figure était pâle, fatiguée; l'irritation bronchique compliquait chez lui l'irritation intestinale. Plusieurs fois le dévoiement se suspendit pendant un ou deux jours, puis il reparaissait; la langue se séchait et rougissait de temps en temps. Le malade présenta, pendant trois semaines environ, ces alternatives de bien et de mal. Il ne prit autre chose que la tisane d'orge, des juleps le soir, et quelques lavements de guimauve.

Dans cette observation, les symptômes prédominants annoncent un état d'irritation assez vive du tube digestif. Fallait-il chercher à en abréger la durée par l'emploi des émissions sanguines? Nous croyons que leur emploi répété n'eût pas été sans inconvénient chez un individu dont le tube digestif ne s'irrita qu'à la suite d'influences (1) qui avaient placé le système

(1) Ces diverses influences agissent certainement moins sur tel ou tel organe en particulier, que sur l'innervation, dont elles modifient l'action, et sur le sang, dont elles tendent à changer la composition. Ainsi, avant qu'un organe devienne manifestement malade chez les individus soumis à ces influen-

nerveux et le sang dans des conditions morbides qui avaient modifié toute l'économie avant la manifestation de l'irritation gastro-intestinale. Nous avons vu bien souvent, en pareil cas, les émissions sanguines ne pas enlever l'affection locale, et être immédiatement suivies d'un état de prostration qui augmentait à mesure qu'on répétait les saignées. Ainsi, dans cette circonstance, les indications thérapeutiques doivent moins se tirer de la lésion locale qui donne son nom à la maladie, que des conditions dans lesquelles se trouve placé l'individu avant la manifestation de cette lésion.

LXXe OBSERVATION.

Frisson au début. Absence de diarrhée. Langue sèche et brune. Douze jours de durée.

Un commissionnaire, âgé de vingt-deux ans, était malade depuis neuf jours. Lorsqu'il entra à la Charité, il avait senti d'abord du frisson, puis une chaleur brûlante et continuelle : il n'avait pas eu de diarrhée. A l'époque de son entrée, la face était calme, la fièvre très-modérée, l'état général bon. Cependant, au milieu de cet ensemble de symptômes qui annon-

---

ces, elles avaient créé dans l'économie une disposition morbide. Dans cette disposition antécédente, bien plus que dans la lésion locale, doit être cherchée la cause des symptômes divers qui apparaissent à l'occasion de cette lésion. Mais cette lésion elle-même, quel en est le point de départ? Peut-être aussi ce même état morbide antécédent de l'innervation et du sang. Une émotion morale ne produit-elle pas un flux diarrhéique, une colique, un vomissement? L'injection de matières putrides dans les veines ne détermine-t-elle pas chez les animaux une gastro-entérite?

çaient une maladie légère, les dents étaient encroûtées, la langue très-sèche et brune. (*Tisane d'orge, lavements émollients.*)

Le lendemain 14 septembre, la langue s'était humectée. Le 16, le pouls avait perdu sa fréquence. Le 17, convalescence.

Cette observation est remarquable par le désaccord qui existait, en quelque sorte, entre l'état de la langue et des dents, qui annonçait une affection des plus graves, et l'extrême bénignité des autres symptômes.

Il est quelques individus chez lesquels, à l'occasion de toute maladie, quelque légère qu'elle soit, la langue se sèche et brunit. Cela est surtout assez commun chez les vieillards; on l'observe aussi chez les jeunes gens, chez ceux surtout dont le système nerveux a été fatigué par des excès, ou débilité par une alimentation insuffisante. Cet état de la langue doit nous avertir de ne pas trop multiplier les émissons sanguines.

LXXIe OBSERVATION.

Séjour à Paris depuis huit mois. Excès de vin. Frisson au début; d'abord prédominance des symptômes généraux. Diarrhée vers la fin.

Un charbonnier, âgé de quinze ans, à Paris depuit huit mois, fut pris d'un violent frisson peu de temps après avoir bu plus de vin que de coutume. Les jours suivants, grande céphalalgie, douleur au creux de l'estomac, conservation de l'appétit, constipation, alternatives de froid et de chaud. Il était alité

depuis quatre jours lorsqu'il entra à l'hôpital. A cette époque, pas de céphalalgie, douleur à la nuque et aux épaules, rougeur violacée des joues, étourdissements; langue blanche, pointillée de rouge, humide; soif peu vive, appétit, coliques légères. Une ou deux selles liquides en vingt-quatre heures, depuis deux jours; pouls fréquent, raide; peau brûlante, sueur de la face. (*Tisanes adoucissantes.*)

Les jours suivants, diminution graduelle des symptômes et retour progressif à la santé.

Les signes de l'irritation gastro-intestinale sont encore peu prononcés dans cette observation, et il serait difficile d'affirmer si la cause qui paraît avoir déterminé la maladie n'avait pas agi d'abord plutôt sur le cerveau que sur l'estomac. Introduisez, en effet, une certaine quantité de liqueur alcoolique dans l'estomac d'un animal, ce n'est point une irritation gastrique dont vous trouverez des traces; ce n'est point vers l'estomac qu'apparaîtront les grands désordres fonctionnels; ce sera dans les centres nerveux.

LXXIIe OBSERVATION.

Séjour à Paris depuis cinq ans. Au début, frisson, diarrhée, vomissements. Dix jours de durée.

Un journalier, âgé de vingt-huit ans, à Paris depuis cinq ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, sentit, dans la soirée du 20 juillet, après avoir soupé, un grand frisson. Il

n'avait fait aucun excès, n'avait éprouvé aucun malaise dans la journée. Depuis ce moment il a éprouvé une chaleur continuelle, sans mélange d'aucun frisson. Il s'est alité, et s'est senti tellement faible, qu'ayant voulu deux fois se lever, il n'a pas pu. En même temps, grande diarrhée; vingt à vingt-cinq selles chaque jour, sans douleur; vomissements bilieux, toux. Entré à l'hôpital le 27 juillet, il présente l'état suivant :

Face rouge, mêlée d'une teinte jaunâtre; air fatigué, langue rouge et sèche, soif, désir des aliments; selles abondantes, semblables à de l'eau, rendues sans douleur ni ténesme, précédées de coliques; pouls de fréquence médiocre, température de la peau peu élevée, chaleur chaque soir, sueurs la nuit. (*Tisane d'orge gommée, acidulée avec le jus de citron; lavement de lin; fomentations d'oxycrat chaud sur le ventre; diète.*)

A peine eut-on commencé à faire les fomentations, que les coliques cessèrent. Dès le lendemain la langue avait repris un aspect à peu près naturel, le dévoiement était beaucoup moindre; il y avait à peine de la fièvre.

Le surlendemain 19, trois selles eurent lieu seulement; la fièvre avait complétement cessé. Les jours suivants, prompt rétablissement.

Cette observation présente un exemple frappant de l'influence toute-puissante du repos et des soins hygiéniques, bien dirigés, dans la guérison du genre de maladies qui nous occupe.

Qu'aurait-on obtenu de plus en tirant du sang? Il est bon de méditer sur ces cas dans lesquels le médecin, abandonnant une maladie aux seules forces médicatrices de la nature, ne fait autre chose que d'éviter tout ce qui pourrait nuire.

LXXVIIIe OBSERVATION.

Séjour à Paris depuis seize mois. Au début, prédominance des symptômes généraux. Plus tard, diarrhée; pétéchies; sueur vers la fin. Dix-sept jours de durée.

Un cordonnier, âgé de seize ans et demi, à Paris depuis seize mois, a eu déjà de la fièvre et de la diarrhée il y a cinq mois. Le 4 août, sans cause connue, il sentit un malaise général et une forte céphalalgie frontale. Jusqu'au 10, augmentation du malaise, constipation.

État du 10. Face rouge et couverte de sueur, yeux brillants, bouche mauvaise; langue blanchâtre, rouge sur les bords; constipation; pouls fréquent, développé; peau chaude. (*Tisane d'orge, lavement de graine de lin.*)

11. Le malade se sent mieux. Céphalalgie moindre, même état des voies digestives, pouls fréquent, peau chaude et sèche.

12. Diarrhée pour la première fois, langue moins rouge, persistance de la fièvre.

13. Continuation de la diarrhée, langue rouge et sèche, fièvre moindre.

14. Sueur abondante; langue blanche, humide; diarrhée moindre, pouls à peine fréquent.

15. Cessation de la diarrhée, quelques taches pétéchiales sur la poitrine et l'épigastre, agitation la nuit, augmentation de la fréquence du pouls et de la chaleur de la peau.

Du 15 au 20, des sueurs très-abondantes eurent lieu, les taches pétéchiales s'effacèrent, le pouls perdit sa fréquence. Le 21, le malade était très-bien.

Cette maladie assez grave fut encore uniquement traitée par les délayants; on eut soin d'écarter seulement tout ce qui aurait pu contrarier la marche de la nature. Dans le début, l'estomac parut spécialement atteint; plus tard, le gros intestin s'irrita à son tour; l'apparition des taches pétéchiales coïncida avec une augmentation de la fièvre; on put alors redouter le développement des symptômes ataxo-adynamiques; des sueurs abondantes survinrent, et dès lors la maladie marcha vers la résolution. Ces sueurs furent-elles critiques? seraient-elles survenues, si la maladie, au lieu d'être abandonnée à son cours naturel, eût été contrariée dans sa mache par une médication active? Alors peut-être un autre ensemble de phénomènes se serait présenté, et peut-être la maladie aurait eu une autre marche, d'autres symptômes et un autre mode de terminaison.

LXXIVe OBSERVATION.

Diarrhée au début. Sueurs dont l'apparition coïncide avec une cessation brusque de la fièvre et du dévoiement. Dix-sept jours de durée.

Un serrurier, âgé de dix-huit ans, bien constitué, était atteint, depuis treize jours, de diarrhée et de fièvre lorsqu'il entra à la Charité. A cette époque, il se plaignait d'étourdissements, de nausées; sa langue était blanchâtre. (*Tisane d'orge.*) Même état les deux jours suivants.

Dans la soirée du 16e au 17e jour, le malade eut pour la première fois une sueur abondante. Le lendemain matin, apyrexie complète, cessation de la diarrhée. Très-bien les jours suivants.

Nous avons cité cette courte observation comme se rapprochant de la précédente par la sueur critique qui marqua la terminaison de la maladie. Dans ce cas encore la médecine fut toute expectante.

LXXVe OBSERVATION.

Séjour à Paris depuis trois mois. Au début, diarrhée qui cesse bientôt, sans que les autres symptômes s'amendent. Fièvre d'abord rémittente tierce, puis continue. *Sudamina*. Vingt-deux jours de durée.

Un marchand de melons, âgé de vingt-deux ans, à Paris depuis trois mois, eut, il y a quinze jours, une légère diarrhée qui cessa bientôt. Mais depuis ce temps malaise général, diminution des forces; enfin, depuis huit jours, frisson tous les deux jours à six heures du soir, suivi de chaleur et de sueur. Entré le 14 août, il est dans l'état suivant :

Langue un peu rouge, bouche sèche, peu d'appétit, constipation; éruption nombreuse de petites vésicules miliaires, transparentes, pressées les unes contre les autres à la région épigastrique. (*Sudamina.*) Pouls fréquent, peau moite, toux légère. (*Tisane d'orge.*)

Le soir, pas de frisson, mais sueur très-abondante toute la nuit.

Le 5, les *sudamina* étaient très-multipliés, ils couvraient tout le ventre; plusieurs, de la largeur d'une lentille, formaient une cloche ressemblant en petit à celle d'un vésicatoire. Même état du reste.

Sueur abondante sans frisson initial dans la nuit du 15 au 16.

Le 16, de nombreux *sudamina* existaient à la poitrine, au-

tour des aisselles et sur les cuisses. La langue était rouge et humide, la soif peu vive, le ventre indolent. Deux selles liquides avaient eu lieu. Le pouls, facilement dépressible, battait quatre-vingts fois par minute.

17. Même état.

18. Continuation des sueurs, fièvre, langue à peu près naturelle, une seule selle. Plusieurs des vésicules, réunies en une seule, constituaient de larges ampoules.

Nous trouvâmes, le lendemain, un grand nombre de ces vésicules rompues. Le 20, elles avaient en grande partie disparu, il n'y avait plus de fièvre, les sueurs avaient cessé, le malade était très-bien.

Cette fièvre, d'abord rémittente, se transforma ensuite en continue simple, avec un redoublement très-marqué chaque soir. Un peu de rougeur de la langue, du dévoiement un seul jour, tels furent les seuls accidents qui dénotèrent dans ce cas l'irritation gastro-intestinale. La diète et la tisane d'orge, telle fut toute la médication.

Les *sudamina* furent remarquables par leur nombre et par leur grandeur. Aussi considérable, ce genre d'éruption ne peut guère être considéré comme le simple résultat mécanique d'une transpiration cutanée très-abondante : il semble qu'on doive le regarder comme une affection particulière de la peau. Maintes fois, en effet, nous avons observé des sueurs aussi copieuses et aussi prolongées chez des individus dont la peau ne s'est jamais couverte de *sudamina*.

LXXVIe OBSERVATION.

Excès de travail. Au début, simple courbature ; plus tard, diarrhée et fièvre ; utircaire. Dix-huit jours de durée.

Un menuisier, âgé de vingt-un ans, fit le 5 août un excès de travail. Depuis ce temps, symptômes de courbature, forte douleur à la région lombaire, conservation de l'appétit. Il continua cependant à travailler jusqu'au 16. Le 17, il entra à la Charité.

Le 18, il avait de la fièvre; il avait sué abondamment toute la nuit. La langue avait son aspect naturel. Trois selles sans colique avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures; jusqu'alors le malade avait été constipé. (*Tisane d'orge.*)

19. Nous aperçûmes sur toute la partie antérieure du thorax et sur l'épigastre de larges taches rouges arrondies ou ovalaires, isolées ou confluentes; elles disparaissaient momentanément par la pression, ne causaient aucune démangeaison. Le malade ne s'était pas même aperçu de leur existence.

Le lendemain, 20, elles avaient à peu près complétement disparu. La fièvre persistait. Deux selles. Du 21 au 23 le pouls perdit sa fréquence; et le malade, rendu à la santé, sortit le 24.

Nous voyons ici un exemple de ces éruptions infiniment variées dont la peau devient le siége dans les fièvres, et qui paraissent n'avoir le plus souvent qu'une influence fort douteuse sur leur terminaison plus ou moins prompte.

Il n'y eut d'autre signe d'affection intestinale, pendant toute la durée de la maladie, qu'un très-léger dévoiement.

LXXVIIe OBSERVATION.

Impression d'un froid humide. Le même jour, vomissements et diarrhée. Apparition de pétéchies au moment de la convalescence.

Un maçon, âgé de dix-huit ans, reçut une pluie abondante le 12 mai. Ce jour-là, vomissement et diarrhée. Jusqu'au 21, abattement, malaise général, deux ou trois selles chaque jour. Lors de son entrée, le 31 mai, fièvre, langue vermeille; appétit, une seule selle, ventre indolent et souple. (*Tisanes adoucissantes.*) Même état jusqu'au 5. Le 6, le pouls était à peine fréquent, la peau sans chaleur. Cinq ou six taches rosées, un peu saillantes, larges comme une lentille, avaient apparu depuis la veille sur le devant de la poitrine. Elles persistèrent le 7 et le 8; le malade était d'ailleurs convalescent. Elles n'existaient plus le 9.

Chez ce malade, comme chez les deux individus précédents, les pétéchies se montrèrent au moment de la convalescence.

Il est hors de doute que la maladie avait ici débuté par une irritation gastro-intestinale; mais lorsque nous vîmes le malade, il n'existait plus, par les symptômes locaux, aucune trace de gastrite ni d'entérite, et cependant une fièvre assez intense persistait.

LXXVIIIe OBSERVATION.

Séjour à Paris depuis neuf mois. Diarrhée à l'époque de l'entrée. Stupeur; langue sèche et brune; pétéchies. Cessation graduelle des symptômes. Persistance des pétéchies dans la convalescence.

Un serrurier, âgé de vingt-trois ans, à Paris depuis neuf mois, avait du dévoiement depuis plusieurs jours, lorsqu'il entra à la Charité. A cette époque, air de stupeur, céphalalgie; langue rouge et sèche, brune à son centre; ventre indolent, un peu tendu, dévoiement moindre. Pouls de fréquence médiocre, inégal sous le rapport de la force, peau couverte d'une sueur abondante; taches rouges, un peu saillantes, variant depuis la largeur d'un grain de millet jusqu'à celle d'une petite lentille, éparses sur le ventre et sur la poitrine. (*Deux vésicatoires aux jambes. Tisane d'orge, lavement émollient, fomentations émollientes sur l'abdomen.*) Dans la soirée du 7, sueurs, pouls sans fréquence. Cinq à six selles liquides, langue humide. Le lendemain 8 août, langue plus humide, toujours brune au centre, sueur abondante; pouls sans fréquence, un peu irrégulier; plusieurs selles, appétit. Persistance des taches.

Les trois jours suivants, cessation de la diarrhée; langue naturelle, pouls sans fréquence, sueurs continuelles. Les pétéchies ne diminuent pas. A dater du 12, pleine convalescence: cependant les pétéchies ne disparurent entièrement que le 16.

Des symptômes assez graves existaient à l'époque de l'entrée

du malade, bien que la fréquence du pouls ne fût que très-médiocre. Des sueurs abondantes continuèrent à avoir lieu après que le pouls fut entièrement revenu à son état normal. Les pétéchies, qui avaient commencé à se montrer à l'époque de la plus grande intensité de la maladie, ne diminuèrent point avec elle. Ces taches pétéchiales survécurent en quelque sorte à tous les autres symptômes, et parurent ainsi en être entièrement indépendantes.

Une entéro-colite, ou, si l'on veut, une dothinentérite, marqua le début de cette maladie ; l'innervation fut bientôt assez gravement lésée. Cette stupeur, cette teinte brune de la langue, ces pétéchies, n'étaient certainement pas le simple résultat de l'irritation gastro-intestinale. Cette irritation était un des éléments de la maladie ; mais, à mon avis, elle ne la constituait pas tout entière. Cependant que fit-on ? Pas d'autre traitement actif que d'appliquer des vésicatoires aux jambes. Soumis d'ailleurs au simple emploi des tisanes délayantes, de quelques lavements et des fomentations sur l'abdomen, ce malade n'eut pas besoin de saignée pour revenir promptement à la santé.

LXXIXe OBSERVATION.

Séjour à Paris depuis onze mois. Rhumatisme articulaire au début ; disparition des douleurs ; persistance de la fièvre ; plus tard, sutupeur, délire, langue fuligineuse ; diarrhée légère. Vingt-sept jours de durée.

Un élève en médecine, âgé de vingt-deux ans, s'était toujours bien porté depuis son arrivée à Paris, qui datait de onze mois. Il habitait, rue des Mathurins, une chambre assez aérée, et s'était souvent livré à des excès de femme. Le 12 novembre

1827, il sentit un malaise général, des frissons vagues, de la céphalalgie. Les trois jours suivants, même état, bouche pâteuse; anorexie, constipation.

Appelé près de lui le 16 novembre, cinquième jour, nous le trouvâmes dans l'état suivant : face pâle, abattue ; traits tirés, expression inquiète de la physionomie ; mouvements pénibles. Langue chargée d'un enduit blanchâtre épais ; pas de soif; anorexie; ventre souple et indolent, pas de selle depuis le commencement de la maladie. Pouls fréquent, peu développé : peau et chaleur médiocres.

Nous ne vîmes aucune indication précise à remplir; nous prescrivîmes une tisane de décoction d'orge, deux lavements à l'eau, et la diète.

Les cinq jours suivants, le malade resta à peu près dans le même état. (*Même prescription, un bain.*)

Le 22 novembre, onzième jour, il y avait plus d'abattement dans les traits ; la lenteur des mouvements indiquait une prostration plus grande ; les réponses étaient incertaines ; la langue, tirée avec difficulté, était couverte d'un enduit grisâtre, d'une grande viscosité ; ce même enduit collait les dents les unes aux autres. (*Infusion de tilleul.*)

Le douzième jour, épistaxis.

Le treizième jour, langue sèche, couverte d'une croûte noire; air de stupeur; délire par intervalles. Pouls très-fréquent, petit.

Le quatorzième jour, deuxième épistaxis, diarrhée pour la première fois; même état du reste. On continue les simples boissons délayantes.

Les quinzième, seizième et dix-septième jours, plusieurs épistaxis. Langue très-sèche et brune; stupeur; taciturnité; délire la nuit. (*Eau d'orge, lavements de guimauve, frictions avec le vinaigre chaud sur les membres.*)

Dix-huitième et dix-neuvième jours, pas de changement; pas d'épistaxis. (*Même prescription.*)

Vingtième jour, nous trouvons la face moins prostrée; l'œil est plus naturel; la langue s'est un peu humectée. Trois selles liquides ont eu lieu depuis vingt-quatre heures.

Du vingt-unième au vingt-septième jour, l'amélioration va en augmentant; le vingt-septième jour, la langue est humide et d'une bonne couleur; les forces sont relevées; la diarrhée n'existe plus; le pouls a encore un peu de fréquence qu'il perd les jours suivants. Le malade commence à prendre un peu de lait coupé. Au mois de décembre cet individu était rendu à son état de santé habituel.

L'individu qui fait le sujet de cette observation nous a présenté des symptômes plus graves que les autres. Soumis au même traitement, il guérit. Ce cas est un de ceux dans lesquels nous croyons qu'il a été sage de s'abstenir des émissions sanguines.

Bien que n'ayant été dérangée dans sa marche par aucune médication, cette maladie se termina sans qu'aucun phénomène dit critique se manifestât.

Les observations qu'on vient de lire peuvent être de quelqu'utilité, à une époque où les théories régnantes portent à tirer du sang au début et dans le cours de toute maladie fébrile. Elles montrent ce qu'on peut attendre, dans ces maladies, soit légères, soit graves, d'une médecine tout expectante, et ce que deviennent, sous son influence, de pareilles maladies considérées dans leurs symptômes, dans leur durée, dans leurs terminaisons.

ARTICLE II.

TRAITEMENT PAR LES ÉVACUANTS.

Parmi les individus qui font le sujet des observations contenues dans cet article, les uns présentaient simplement les symptômes de cet état morbide, qui est connu sous le nom d'embarras gastrique et intestinal; ils n'avaient qu'un très-léger mouvement fébrile; quelques-uns même étaient sans fièvre.

D'autres, offrant à peu près les mêmes symptômes que les malades précédents, avaient de plus une fièvre assez forte.

D'autres enfin présentaient déjà plusieurs des symptômes de l'état dit adynamique, lorsqu'on tenta chez eux l'administration d'un vomitif.

LXXXe OBSERVATION.

Symptômes d'embarras gastrique; apyrexie. Vomitif. Guérison.

Un jeune homme de dix-sept ans, habitant Paris depuis son enfance, présentait, lors de son entrée à la Charité, les symptômes de cet état de l'économie qui a été désigné sous le nom de *courbature avec embarras gastrique*. Il avait perdu l'appétit depuis quinze jours; il éprouvait un sentiment de malaise général, une forte céphalalgie sus-orbitaire. Il se plaignait d'une douleur épigastrique constante et de constipation. La langue était jaunâtre, la bouche pâteuse. Il y avait

absence complète de fièvre. Vainement le malade avait-il eu recours aux boissons délayantes et adoucissantes, son état ne s'était point amélioré. Deux grains d'émétique lui furent donnés; des évacuations abondantes eurent lieu par haut et par bas. Au bout de vingt-quatre heures tous les symptômes morbides avaient disparu, et le malade était rendu à son état de santé habituel : aucune sueur n'eut lieu.

Ainsi, chez cet individu, l'administration d'un vomitif fit disparaître presque instantanément des symptômes que la diète et les simples délayants n'avaient pu dissiper.

LXXXIe OBSERVATION.

Symptômes d'embarras gastrique; fièvre légère. Vomitif. Guérison.

Un homme de vingt-deux ans, tailleur, après avoir passé plusieurs nuits à travailler, éprouva le même ensemble de symptômes que le malade qui fait le sujet de l'observation précédente. Après être resté onze jours dans cet état, il entra à la Charité. Il avait alors un très-léger mouvement fébrile, ce qui n'existait pas chez l'autre. Il prit trois grains d'émétique dans une pinte d'eau de veau. Il vomit beaucoup et alla dix fois à la selle. Son rétablissement fut aussi prompt et aussi complet que chez le premier malade.

LXXXIIe OBSERVATION.

Céphalalgie; vomissements spontanés. Fièvre légère. Vomitif: guérison.

Un ébéniste, âgé de dix-sept ans, à Paris depuis cinq semaines, éprouve, le 4 et le 5 octobre, des étourdissements, de la céphalalgie. Le 5, il vomit spontanément des matières amères et jaunes. Le 6, il présente l'état suivant: céphalalgie sus-orbitaire, langue blanche, bouche très-mauvaise, nausées, sentiment de fatigue générale, selles ordinaires, très-léger mouvement fébrile. (*Huit grains d'ipécacuanha, tisane d'orge, deux bouillons.*) Il vomit beaucoup de matières glaireuses et un ver lombric. Le lendemain il était très-bien.

Nous avons vu souvent, comme dans cette observation, des individus, tourmentés de nausées et même de vomissements, n'en être débarrassés qu'à la suite de l'administration de l'émétique. En même temps la fièvre cessait, et une santé parfaite se rétablissait.

LXXXIIIe OBSERVATION.

Diarrhée au début, remplacée par de la constipation; symptôme d'embarras gastrique: apyrexie. Vomitif: guérison.

Un polisseur en acier, âgé de vingt-trois ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, a perdu l'appétit depuis une

dizaine de jours. Dévoiement pendant les quatre ou cinq premiers jours, céphalalgie, mal dans les membres. Lorsqu'il entra à la Charité (1er décembre), il n'avait pas été à la selle depuis trois jours : langue blanche, bouche mauvaise, soif, anorexie, douleur épigastrique, pouls sans fréquence, peau sans chaleur. (*Dix grains d'ipécacuanha avec addition d'un grain d'émétique.*) Il vomit peu, et alla cinq fois à la selle. La nuit il dormit bien. Le lendemain matin, 1er janvier, il ne sentait plus de douleur à l'épigastre; les autres symptômes persistaient. Deux jours après il avait recouvré l'appétit et la santé.

Cet individu diffère des précédents, en ce qu'il eut d'abord de la diarrhée, ce qui n'empêcha pas que les mêmes effets ne suivissent l'administration de l'émétique.

LXXXIVe OBSERVATION.

Diarrhée et douleurs abdominales au début. Plus tard, cessation de la diarrhée; fièvre. Vomitif. Sueurs après le vomissement: guérison.

Un jeune homme de dix-huit ans, récemment arrivé à Paris, ressentit le 20 mars, sans cause connue, un violent mal de tête; il continua à travailler. Le lendemain, douleurs abdominales, un peu de dévoiement. Il s'alita et but de la limonade. Entré à la Charité le 29 mars, il était le 30 dans l'état suivant: céphalalgie générale, teinte jaunâtre de la face, langue blanchâtre, douleur autour de l'ombilic, augmentant par la pression; cessation du dévoiement depuis deux jours, pouls un

peu fébrile; léger redoublement chaque soir. (*Dix grains d'ipécacuanha.*) Le malade vomit et alla une fois à la selle. Il eut une sueur abondante après avoir vomi. Il n'y eut pas de redoublement le soir.

Le lendemain 31, la céphalalgie avait disparu; la langue était vermeille, le pouls lent; la douleur ombilicale persistait; elle ne cessa que le 5 avril. Le malade était d'ailleurs très-bien. Il sortit le 7.

Ce malade avait eu d'abord de la diarrhée, comme le précédent. Elle n'existait plus, lorsqu'on lui donna l'ipécacuanha. Mais alors il avait encore une douleur abdominale que la pression augmentait. Cette douleur fut le seul symptôme qui ne disparut pas après que le malade eut vomi.

LXXXVe OBSERVATION.

Constipation ancienne; tumeur stercorale; fièvre. Émétho-cathariques répétés; guérison.

Un tailleur, âgé de vingt ans, récemment arrivé de Bayonne, n'avait pas été à la selle depuis près de quinze jours, lorsqu'il entra à la Charité, le 22 septembre. Il se plaignait de coliques. On sentait aux environs de l'ombilic une tumeur mobile, que M. Lerminier regarda comme le résultat de l'accumulation des matières stercorales dans les cellules du colon. Un enduit jaunâtre, épais, couvrait la langue; le pouls était fréquent. (*Deux lavements avec séné et sulfate de soude, de chaque une once. Tisane de lin; demi-julep.*)

Une grande quantité de matières fécales très-dures fut évacuée. Le lendemain 23, la tumeur ombilicale n'existait plus. Le pouls, bien que moins fréquent, n'était pas cependant encore revenu à son état naturel. L'enduit jaunâtre de la langue persistait. Dix grains d'ipécacuanha furent prescrits. Le malade vomit peu, mais il alla beaucoup à la selle.

24. Langue vermeille, bon appétit, pouls naturel. Cet état satisfaisant persista les deux jours suivants.

Le 27, la bouche redevint pâteuse; borborygmes, constipation, légère fréquence du pouls. (*Petit-lait avec une demi-once de sulfate de soude.*) Quatre ou cinq selles eurent lieu dans la journée.

1er octobre. Les symptômes d'embarras gastrique persistaient. Deux pastilles d'émétine contenant chacune un demi-grain de cette substance furent administrés à un quart d'heure d'intervalle l'une de l'autre. Le malade vomit quelques minutes après avoir pris la seconde pastille : il alla une fois à la selle. Il ne tarda pas à sortir bien portant.

Nous remarquerons dans cette observation la manière dont revinrent à plusieurs reprises les symptômes que l'on combattait, à chacun de leurs retours, soit par un émétique, soit par un purgatif. Ils ne parurent plus à la suite d'un dernier vomissement provoqué par l'émétine.

Nous appellerons aussi l'attention sur la tumeur qui se dessinait à travers les parois abdominales, et qui était constituée par une accumulation de matières fécales endurcies.

Des tumeurs stercorales, semblables à celles dont il est question dans l'observation précédente, ont quelquefois été prises pour des tumeurs squirrheuses. Nous en avons vu à la Charité

un exemple frappant chez une vieille femme qui présentait entre l'épigastre et l'ombilic une tumeur saillante, bosselée, mobile et douloureuse. Cette femme donnait d'ailleurs très-peu de renseignements sur son état antécédent. Reçue d'abord momentanément dans les salles de chirurgie, elle fut regardée comme atteinte d'un squirrhe de l'épiploon. Un jugement semblable avait déjà été porté au bureau central. Cette femme fut ensuite transportée dans le service de M. Lerminier. En palpant l'abdomen, il ne tarda pas à reconnaître, dans tout le trajet présumé du colon, des tumeurs bosselées semblables à la précédente, mais seulement plus petites. On sut bientôt que depuis très-long-temps la malade n'avait pas été à la selle. M. Lerminier pensa que ces tumeurs étaient dues à l'accumulation des matières fécales. Des purgatifs par haut et par bas furent donnés; des matières fécales extrêmement abondantes et très-dures furent rendues, et le prétendu squirrhe disparut.

Nous avons vu, dans d'autres cas, l'accumulation prolongée des matières dans le gros intestin donner lieu à la tension générale de l'abdomen, et à des douleurs assez vives pour faire croire à l'existence d'une péritonite. Nous avons surtout observé ces douleurs à leur plus haut degré d'intensité chez une femme récemment accouchée. Lorsque nous la vîmes pour la première fois, sa face était pâle, décomposée; ses traits, profondément altérés, exprimaient l'anxiété la plus vive: le pouls était petit et très-fréquent; l'abdomen était le siége de douleurs atroces qui arrachaient des cris à la malade, et que la pression augmentait. Ces douleurs, assez légères d'abord pendant quelques jours, avaient acquis, depuis quarante-huit heures, ce haut degré d'intensité. M. Lerminier, en palpant l'abdomen, reconnut dans le trajet présumé du colon des tumeurs bosselées, inégales et mobiles sous le doigt. La malade

nous apprit en même temps que depuis plus de douze jours elle était atteinte d'une constipation opiniâtre. M. Lerminier soupçonna dès lors la véritable nature de la maladie ; il donna d'abord un lavement purgatif qui fit rendre beaucoup de matières fécales très-dures : les douleurs diminuèrent, mais ne cessèrent pas. Le lendemain, une once de sirop de nerprun, avec addition de quatre grains de gomme gutte, procura l'évacuation d'une énorme quantité de matières fécales. Les douleurs disparurent, et vingt-quatre heures après, la malade, sauf un peu de faiblesse, était rendue à son état de santé habituel.

LXXXVIe OBSERVATION.

Pleurodynie au début ; plus tard, diarrhée ; apyrexie. Vomitif donné pendant l'existence de la diarrhée ; le surlendemain, complet rétablissement.

Un maçon, âgé de vingt ans, à Paris depuis un an, ressent, depuis quinze jours, une douleur sous la mamelle gauche. Elle augmente par la percussion et par les fortes inspirations. Il ne tousse pas et respire librement.

Depuis dix à douze jours il a du dévoiement ; sa langue est couverte d'un enduit jaunâtre épais ; il n'a pas de fièvre ; il vomit un ver le soir même de son entrée à l'hôpital. Le lendemain, 8 mai, il prit douze grains d'ipécacuanha, avec un grain d'émétique. Il vomit une fois une grande quantité de bile jaune et de mucosités épaisses ; il n'alla que quatre fois à la selle.

Le 9, la douleur du côté avait entièrement disparu ; la langue était nettoyée. (*Tisane d'orge.*)

Le 10, la diarrhée n'existait plus, et le malade, parfaitement rétabli, quitta l'hôpital le 12.

Une nouvelle circonstance nous est offerte dans cette observation : c'est l'administration d'un vomitif à une époque où il y a de la diarrhée, et la cessation de celle-ci après le vomissement.

Du reste, cette légère maladie présente plusieurs traits d'analogie avec l'affection décrite par Stoll sous le nom de pleurésie bilieuse : perte d'appétit, amertume de la bouche, vomissements spontanés, enduit épais de la langue, dévoiement, et en même temps douleur fixe en un point des parois thoraciques : enfin, disparition rapide du point de côté et des autres symptômes, à la suite de l'administration d'un vomitif.

LXXXVIIe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris ; travail fatigant. Diarrhée ; apyrexie. Vomitif : guérison.

Un cordonnier, âgé de vingt-cinq ans, n'habitant Paris que depuis trois mois, fut pris de courbature, après avoir passé plusieurs nuits de suite à travailler. Bientôt un dévoiement assez considérable survint. (Dix à douze selles en vingt-quatre heures, sans colique ni ténesme.) Au bout de cinq jours, il entra à la Charité. Alors sa langue était couverte d'un enduit jaunâtre épais, sa bouche amère, sa face jaune et abattue. Dix grains d'ipécacuanha furent donnés. Il vomit un peu de bile, et alla neuf fois à la selle dans la journée. La nuit, il dormit bien. Le lendemain, 12 novembre, l'amertume de la bouche avait disparu ; la langue était nettoyée ; le mal de tête n'existait plus ; le ventre était indolent ; le pouls ne s'était pas accé-

léré ; trois déjections alvines seulement eurent lieu dans les vingt-quatre heures suivantes, puis le dévoiement cessa tout-à-fait.

LXXXVIIIe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Diarrhée; apyrexie. Vomitif: guérison.

Un tailleur, âgé de dix-neuf ans, d'une constitution faible, à Paris depuis trois mois, présentait, depuis un temps à peu près égal, les mêmes symptômes que le malade précédent. L'ipécacuanha, donné à la dose de dix grains, agit comme chez celui-ci. Le dévoiement fut aussi intense le jour même de son administration, il diminua considérablement le jour suivant, et le troisième il avait complétement disparu.

LXXXIXe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Diarrhée abondante. Apyrexie. Vomitif: guérison.

Les mêmes symptômes nous furent encore offerts par un calicotier, âgé de vingt-deux ans, à Paris depuis six semaines. Il allait quinze à seize fois à la selle, en vingt-quatre heures, depuis douze jours. Ayant pris dix grains d'ipécacuanha, il vomit beaucoup plus abondamment que les malades précédents, et il n'eut que deux évacuations alvines dans la journée. Chez lui, le dévoiement fut donc suspendu dès le jour même de l'administration du vomitif. Le lendemain, 9 novembre, tous les symptômes d'embarras gastrique avaient disparu; mais le dévoiement menaça de se renouveler ; cinq déjections alvi

nes eurent lieu. Le 10, il n'y eut que trois selles. Le 11, la diarrhée avait tout-à-fait cessé; le malade était très-bien.

Les trois individus qui font le sujet des observations LXXXV, LXXXVI et LXXXVII, étaient placés dans des conditions aussi semblables que possibles, lorsqu'un vomitif leur fut donné. Chez tous il fut suivi d'un effet analogue.

Suivons maintenant les effets de l'administration des vomitifs dans les cas où la diarrhée est accompagnée de fièvre.

XC° OBSERVATION.

Diarrhée pendant tout le cours de la maladie. Fièvre, vomitif : selles abondantes le jour de son admission ; les jours suivants, guérison.

Un tailleur, âgé de dix-neuf ans, habitant Paris depuis quinze mois, se portant habituellement bien, fut pris, le 10 mars 1822, d'une légère diarrhée qui persista les jours suivants. A dater du 14, il perdit son appétit et ses forces. Entré à la Charité le 18 mars, il vomit dans la soirée un bouillon. Dans la matinée du 19, il avait de la céphalalgie, la bouche était amère, la langue blanche, rouge à la pointe; il ressentait de la douleur à l'épigastre et autour de l'ombilic : huit à dix selles liquides, jaunâtres, avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures; la fièvre était assez forte, une sueur abondante couvrait la face. Deux grains d'émétique furent prescrits dans une pinte d'eau de veau. Le malade vomit abondamment et alla à la selle.

Dans les vingt-quatre heures suivantes, aucune évacuation

alvine n'eut lieu. La fièvre persista toute la journée du 20; le soir, une sueur abondante s'établit; la nuit, le malade dormit bien. Dans la matinée du 21, la fièvre n'existait plus; le malade avait appétit et se trouvait très-bien.

La maladie de cet individu est plus grave que celle dont il est question dans les observations précédentes. La langue est rouge à la pointe; il y a de la fièvre: l'émétique n'en est pas moins administré. Le lendemain du jour où il est donné, il y a suppression de la diarrhée, mais persistance de la fièvre; le surlendemain celle-ci a cessé, et l'individu est rendu à la santé.

XCIe OBSERVATION.

Excès de table. Diarrhée avec coliques; fièvres; boissons émollientes; pas d'amendement. Vomitif: cessation de la diarrhée et de la fièvre.

Un cordonnier, âgé de vingt-trois ans, récemment traité à l'Hôtel-Dieu d'une pleuro-pneumonie droite, alla aux guinguettes célébrer sa convalescence. Des douleurs abdominales, une diarrhée abondante, furent la suite des excès de table auxquels il se livra. Il allait douze à quinze fois à la selle en vingt-quatre heures. Entré à la Charité le 27 octobre, le septième jour de sa diarrhée, il paraissait accablé; sa langue était blanche, sa bouche mauvaise; il avait beaucoup de fièvre: on ne lui donna d'autre médicament que la tisane d'orge gommée. Les deux jours suivants, son état resta le même. Le 30, le dévoiement augmenta beaucoup (trente selles en vingt-quatre

heures), le pouls était très-fréquent, la langue était humide et blanchâtre. (*Orge gommée, potion gommeuse, lavement de guimauve.*) Le 31, les symptômes ne s'étaient point amendés; une émission sanguine paraissait ici indiquée. Cependant M. Lerminier voulut expérimenter quel effet serait produit par un vomitif. Six grains d'ipécacuanha furent prescrits. Le malade vomit abondamment, et *n'alla pas à la selle dans les vingt-quatre heures suivantes,* tandis que la veille encore il y avait été plus de vingt-cinq fois. Le 1er novembre, il était sans fièvre, la langue était blanche et le ventre indolent; un peu de dévoiement reparut dans la journée.

Le 2 novembre, le malade demandait avec instance à manger. Les deux ou trois jours suivants, il alla, en vingt-quatre heures, deux ou trois fois à la selle, puis la diarrhée s'arrêta entièrement, et le malade sortit le 8 novembre bien portant.

Cet individu diffère du précédent, en ce que, chez lui, la fièvre cessa dès le lendemain du jour où on le fit vomir; la diarrhée fut d'abord suspendue, puis elle reparut assez modérée, et bientôt elle cessa tout-à-fait.

Peut-on expliquer une semblable guérison par une révulsion sur l'estomac? Mais s'il en avait été ainsi, la maladie n'aurait-elle pas dû, au contraire, s'aggraver? La fièvre aurait-elle cessé? L'appétit se serait-il sur-le-champ rétabli?

XCIIe OBSERVATION.

Diarrhée fébrile. Vomitif: persistance de la diarrhée et de la fièvre. Retour lent à la santé.

Chez un autre individu, âgé de vingt-un ans, atteint de diar-

rhée et de fièvre depuis six jours, avec langue blanche, anorexie, etc., l'administration de six grains d'ipécacuanha produisit un abondant vomissement de bile, et eut en outre pour effet immédiat d'augmenter d'abord la diarrhée; mais dès le lendemain, celle-ci était moins forte qu'avant le vomitif; cependant elle persista d'une manière modérée, ainsi que la fièvre, pendant huit à dix jours. Une diète sévère et des boissons délayantes furent prescrites. Le malade revint lentement à la santé.

Chez ce malade, le vomitif fut loin d'être suivi d'effets aussi avantageux que chez les précédents. C'est en pareil cas qu'on peut admettre que les modifications survenues à la suite de l'administration du vomitif ont été le résultat du déplacement de l'irritation portée de l'intestin sur l'estomac.

XCIIIe OBSERVATION.

Diarrhée; fièvre. Vomitif : le jour même, augmentation du nombre des selles; le lendemain, cessation de la diarrhée et de la fièvre; sueurs abondantes; guérison.

Un Belge, âgé de vingt-deux ans, éprouvait depuis quelque temps un malaise général, des maux de tête, une sorte d'engourdissement physique et moral. Il avait un dégoût complet pour toute espèce d'aliments, un léger dévoiement (trois ou quatre selles liquides en vingt-quatre heures). Lorsqu'il entra à la Charité il avait de la fièvre; sa langue était sale. Il prit deux grains d'émétique : il vomit beaucoup, et eut d'abondantes évacuations alvines (douze selles). Le lendemain il se sen-

tait bien; la langue n'était plus saburrale, le dévoiement n'existait plus; le pouls était lent. Les deux nuits suivantes il sua très-abondamment.

Cette observation, semblable aux précédentes sous beaucoup de rapports, nous présente cependant une circonstance à remarquer; c'est l'apparition de sueurs abondantes pendant les deux jours qui suivirent la cessation de tous les symptômes.

XCIVe OBSERVATION.

Fièvre; constipation. Vomitif; guérison.

Un Prussien, âgé de vingt-six ans, à Paris depuis six semaines, avait depuis plusieurs jours de la fièvre avec constipation opiniâtre. Il offrait d'ailleurs les mêmes symptômes que les malades précédents: céphalalgie, teinte jaune de la face, bouche amère, langue blanche, etc. Trois grains d'émétique donnés dans une pinte d'eau de veau procurèrent d'abondantes évacuations par haut et par bas. Dès le lendemain le malade était très-bien.

Ce malade passa tout-à-coup d'un état fébrile assez grave à la santé. Les émissions sanguines ne produisent pas souvent un pareil effet; mais aussi elles ne font pas tout le mal qui suit trop souvent l'administration intempestive de l'émétique.

XCVe OBSERVATION.

Au début, céphalalgie long-temps prolongée sans autre symptôme; puis fièvre. Purgatif et vomitif : guérison.

Un menuisier, âgé de vingt-sept ans, ressentit, pendant les cinq semaines qui précédèrent son entrée à l'hôpital, de la céphalalgie, un malaise général; son appétit diminua. Lorsqu'il entra à la Charité (22 septembre) il présenta l'état suivant: bouche mauvaise, langue dans un état naturel, toux légère, constipation, ventre indolent, fièvre. (*Petit-lait nitré, deux lavements émollients.*)

23, 24 et 25. Même état, les lavements ne triomphaient pas de la constipation.

Le 26, le malade prit deux onces d'huile de ricin. Plusieurs selles eurent lieu. Le lendemain 27, l'*apyrexie était complète*, mais le mauvais goût de la bouche persistait. (*Huit grains d'ipécacuanha.*) Ils procurèrent d'abondants vomissements. Le 28, le malade était très-bien; grand appétit, langue vermeille, etc.

La circonstance la plus remarquable de cette observation, c'est la cessation subite de la fièvre, à la suite de l'administration de l'huile de ricin. Les signes d'embarras gastrique survivent à la fièvre, et disparaissent sur-le-champ après l'administration du vomitif.

XCVIe OBSERVATION.

Symptômes de fièvre bilieuse. Inutilité des simples délayants. Éméto-cathartique ; prompt rétablissement.

Un scieur de long, âgé de vingt-trois ans, à Paris depuis cinq mois, ressentit, sans cause connue, le 13 août, de la céphalalgie, des nausées et des coliques. Ces symptômes persistèrent les jours suivants. Il était continuellement assoupi. Bientôt le dévoiement s'établit. Il prit, pour le faire passer, une bouteille de vin avec trois œufs durs; le cours de ventre s'arrêta en effet pendant vingt-quatre heures, mais il revint ensuite. Lorsque le malade entra à la Charité, le 21 août, il accusait une forte céphalalgie frontale, des étourdissements, une fatigue générale; la langue était blanchâtre, la bouche mauvaise; des nausées fréquentes avaient lieu; une sensation de pesanteur existait à l'épigastre; l'introduction des boissons l'augmentait et provoquait des nausées. Deux ou trois selles aqueuses et jaunes avaient lieu en vingt-quatre heures. Le pouls était fréquent, développé; la peau moite. (*Limonade végétale, lavements de lin; fomentations émollientes sur l'épigastre, diète.*) Les quatre jours suivants, la bouche devint de plus en plus mauvaise; la langue était très-chargée, les autres symptômes persistaient. La même prescription avait été faite chaque jour.

Le 26, le malade prit une chopine de petit-lait avec addition de deux grains d'émétique et d'une demi-once de sulfate de soude. Il vomit, et alla plusieurs fois à la selle. Le lendemain, le mauvais goût de la bouche n'existait plus, la langue n'était plus recouverte que d'un léger enduit blanchâtre; le

pouls n'était plus que médiocrement fréquent. (*Petit-lait avec pulpe de tamarin.*) 28 et 29, deux ou trois selles en vingt-quatre heures. Cessation complète de la fièvre. 30, bon appétit ; rétablissement parfait. Sorti le 2 septembre.

Les signes d'une affection gastrique étaient très-prononcés chez cet individu. La diète et les simples émollients furent impuissants pour faire disparaître d'une part l'état fébrile, d'autre part le mauvais goût de la bouche, les nausées, la pesanteur épigastrique, l'enduit de la langue, et enfin le dévoiement. Qui ne sera pas frappé du prompt changement en bien qui survint, dès que le malade eut prit un éméto-cathartique ?

XCVII^e OBSERVATION.

Symptômes de fièvre bilieuse ; diarrhée. Vomitif : guérison.

Un limonadier, âgé de seize ans, à Paris depuis cinq mois, ressent depuis quelques jours une fatigue insolite. Il n'a plus d'appétit. Lors de son entrée, la bouche est pâteuse, la langue blanche : il a des nausées ; quatre à cinq selles ont eu lieu en vingt-quatre heures ; il y a un peu de fièvre. On lui donne le lendemain deux grains d'émétique. Les symptômes observés la veille n'existent plus vingt-quatre heures après l'administration du vomitf, et la santé est rétablie.

Dans ce cas, comme dans le précédent, la fièvre, les nau-

sées, le mauvais goût de la bouche, le dévoiement, cèdent en vingt-quatre heures à l'administration de l'émétique.

XCVIIIe OBSERVATION.

Fièvre rémittente cessant à la suite d'un vomitif.

Un imprimeur en papiers peints, âgé de trente-six ans, ayant eu jadis des fièvres quartes, ressentit, le 26 avril, à deux heures de l'après-midi, un frisson qui dura heures. Les jours suivants, malaise général; chaleur et sueur tous les soirs sans frisson initial. En même temps perte d'appétit, bouche mauvaise, selles ordinaires. Lors de son entrée à l'hôpital, le pouls était un peu fréquent, la langue couverte d'un enduit jaunâtre épais. (*Quinze grains d'ipécacuanha; tisane d'orge.*) Le malade vomit et alla deux fois à la selle. Le soir, aucun redoublement n'eut lieu. Le lendemain, 2 mai, absence complète de fièvre; bouche moins mauvaise; même état de la langue. Très-bien les jours suivants.

La secousse produite ici par le vomitif eut une influence plus marquée sur le mouvement fébrile que sur les symptômes gastriques.

XCIXe OBSERVATION.

Diarrhée au début; douleur abdominale; fièvre. Vomitif; guérison.

Un porteur d'eau, âgé de vingt-sept ans, à Paris depuis trois mois, a perdu son appétit et ses forces depuis plusieurs

jours. Depuis huit jours environ il a un peu de diarrhée. Depuis quatre jours il garde la chambre. Lors de son entrée il se plaint d'étourdissements. Bouche mauvaise, nausées; langue blanchâtre; douleur autour de l'ombilic et à la région cœcale; pesanteur incommode à l'épigastre. La diarrhée n'existe plus depuis deux jours. (*Trois grains d'émétique dans de l'eau de veau.*) Deux vomissements et une seule évacuation alvine eurent lieu. Le lendemain, les divers symptômes observés la veille avaient en grande partie disparu. Le pouls conservait cependant un peu de fréquence. Les jours suivants convalescence.

La douleur abdominale n'empêcha point l'émétique d'être suivi ici des mêmes effets que chez les précédents malades. Cependant la cessation du mouvement fébrile ne fut pas dans ce cas aussi nette.

Ce OBSERVATION.

Symptômes de fièvre bilieuse intense; tendance de la langue à se sécher; absence de diarrhée. Saignée : amélioration. Cependant persistance de la fièvre et des symptômes bilieux. Vomitif et purgatif : retour à la santé.

Un commissionnaire, âgé de trente ans, Savoyard, à Paris depuis deux ans, peau brune, muscles développés, ressent, depuis douze jours, un malaise général, des frissons vagues; il a perdu l'appétit, la fréquence des selles n'a point été augmentée. Il a gardé le repos et la diète. Lors de son entrée à la Charité, le 10 avril, forte céphalalgie, face rouge avec teinte

jaune du pourtour des lèvres et des ailes du nez; conjonctive un peu jaune; langue blanchâtre, parsemée de points rouges, tendant à se sécher : bouche très-amère; nausées, douleurs épigastriques, selles ordinaires; pouls fréquent, peau chaude et sèche. Il y avait chez cet individu un ensemble de symptômes inflammatoires que n'offraient point les malades précédents. M. Lerminier commença en conséquence par prescrire une saignée de quatre palettes. Elle présenta une couenne légère.

Le 11, mieux sensible, langue humide, pouls moins fréquent. (*Tisane d'orge édulcorée.*) — Le 12, le malade se plaignait d'une grande pesanteur de tête et d'une amertume insupportable dans la bouche. Le pouls était plus fréquent que la veille : une selle avait eu lieu. (*Tisane d'orge.*) — Le 13, même état. 14, langue couverte d'un enduit jaunâtre. (*Six grains d'ipécacuanha.*) Le malade vomit une grande quantité de matière jaune amère; il alla trois fois à la selle; il sua la nuit.

Le lendemain 15, le pouls avait perdu sa fréquence, la bouche était moins amère; la céphalalgie avait disparu; la langue restait chargée; deux grains d'émétique furent prescrits. Le malade ne vomit pas, mais il y eut deux selles abondantes; il sua la nuit. Le 16, la langue avait reprit un aspect naturel; le mauvais goût de la bouche avait cessé. Le 17, la santé était entièrement rétablie.

Chez ce malade, une émission sanguine précéda l'administration des évacuants; elle exerça une heureuse influence sur les symptômes: après avoir perdu du sang, le malade fut certainement mieux, mais il ne fut pas guéri : le pouls n'avait pas

perdu sa fréquence; la céphalalgie et le mauvais goût de la bouche persistaient. Ce fut alors que des substances vomitives furent administrées; l'ipécacuanha, donné à petite dose, produisit d'abondants vomissements; le tartre stibié, donné après lui, ne fit que purger, et ce fut après cette évacuation par bas que cessèrent définitivement tous les phénomènes morbides.

CIe OBSERVATION.

Symptômes de fièvre bilieuse. Émission sanguine et vomitif le même jour. Le lendemain, pas de changement. Les jours suivants, médecine expectante : guérison.

Un ébéniste, âgé de vingt-deux ans, à Paris depuis trois mois, était mal à son aise depuis le 20 avril. Il avait peu d'appétit depuis le 16. Le 20, grande lassitude, bouche mauvaise, légères coliques, deux ou trois selles liquides chaque jour jusqu'au 27, époque de l'entrée à la Charité.

État du 27 : vive coloration des pommettes, avec teinte jaune du pourtour du nez et des lèvres; langue rouge au milieu, sale sur les côtés; bouche mauvaise; dégoût pour les aliments; soif; ventre indolent; trois selles depuis vingt-quatre heures; toux légère; urine très-rouge, abondante; pouls un peu fréquent, peau chaude. (*Vingt sangsues à l'anus immédiatement après la visite, et à midi dix grains d'ipécacuanha, avec un grain d'émétique.*) Le malade vomit et alla une fois à la selle. Le 28, il se disait mieux. Cependant la fièvre persistait, la langue avait le même aspect. Les jours suivants on lui donna pour tout médicament de l'eau d'orge; prompt rétablissement.

Chez ce malade, l'amélioration ne suivit pas aussi franchement l'administration du vomitif que chez le précédent.

CII^e OBSERVATION.

Diarrhée; fièvre, etc. Émission sanguine et vomitif le même jour. Guérison prompte.

Un tonnelier, âgé de vingt-deux ans, à Paris depuis deux mois, ressentit, sept jours avant son admission à la Charité (le 11 avril), un malaise général. Il eut en même temps du frisson. Le 12, il s'alita. Les jours suivants, diarrhée, fièvre.

État actuel (18 avril): langue chargée, ventre un peu bouffe, indolent; dix selles en vingt-quatre heures; pouls plein, fréquent; peau chaude, toux avec expectoration catarrhale. (*Application de trente sangsues à l'anus à huit heures du matin, dix grains d'ipécacuanha à midi.*) Le malade vomit une fois et alla douze à quinze fois à la selle. — Dans la journée du vingt, la fièvre avait cessé; il n'y eut que trois évacuations alvines. — Bien les jours suivants.

CIII^e OBSERVATION.

Symptômes de fièvre inflammatoire; langue d'un rouge vif, soif; constipation. Léger vomitif: amélioration. Les jours suivants, médecine expectante: guérison.

Un jeune homme de dix-huit ans avait perdu l'appétit depuis une douzaine de jours; il avait éprouvé, pendant ce temps, une céphalalgie fatigante et une constipation opiniâtre. Lors

de son entrée à l'hôpital, il avait des étourdissements; sa face était animée, sa langue humide et d'un rouge vif; la soif était ardente, la fièvre intense. On lui donna la tisane d'orge oxymélée. Le lendemain 26 octobre, même état; aucune selle n'avait eu lieu. Six grains d'ipécacuanha furent prescrits. Le malade vomit peu; il eut plusieurs selles avec de légères coliques. La nuit il dormit. Le 27, il se félicitait de son état. Cependant il existait encore un léger mouvement fébrile; la langue conservait sa rougeur. (*Lavement de guimauve, tisane d'orge gommée.*) Le 28, la fièvre avait cessé complétement, le malade était bien.

Ce malade présenta des symptômes bien différents de ceux qui furent offerts par les malades dont les observations précèdent. Cependant le même mode de traitement fut suivi; mais il s'en faut qu'on puisse affirmer, en lisant attentivement les détails de l'observation, que les six grains d'ipécacuanha que prit le malade aient contribué à sa guérison.

CIVe OBSERVATION.

Veilles prolongées. Vomissements; diarrhée; langue rouge; fièvre. Sueurs à la suite d'un vomitif: guérison.

Un garçon marchand de vin éprouva les symptômes d'une forte courbature, après avoir veillé plusieurs nuits de suite. Bientôt il fut pris de vomissements, d'une abondante diarrhée et de fièvre. Lors de son entrée à la Charité, les vomissements avaient cessé; la fièvre était modérée, mais la langue était très-

rouge et lisse à son milieu, blanche latéralement. La soif était vive, la bouche amère, le ventre indolent. Dix grains d'ipécacuanha furent donnés. Le malade eut des sueurs abondantes pendant la nuit. Il se rétablit promptement.

Dans cette observation, non plus que dans la précédente, la cessation des symptômes ne suit pas d'une manière nette et tranchée le vomissement provoqué par l'ipécacuanha, et ici encore, il n'est nullement certain que le malade ait guéri sous son influence. N'oublions pas d'ailleurs que des sueurs se manifestèrent à la suite de l'administration du vomitif.

CVe OBSERVATION.

Fièvre; langue rouge; constipation. Émétique : selles abondantes; pas de vomissement. Persistance des symptômes. Retour lent à la santé.

Un jeune homme de dix-neuf ans, récemment arrivé à Paris, avait depuis plusieurs jours une fièvre continue, avec céphalalgie, bouche mauvaise, soif, langue rouge; il était constipé. Il prit deux grains d'émétique, qui ne le firent pas vomir, mais qui, portant leur action sur le tube digestif, donnèrent lieu à huit ou neuf évacuations dans les vingt-quatre heures. Les jours suivants, l'état du malade resta à peu près le même qu'avant l'administration de l'émétique. Seulement, il était habituellement en moiteur depuis qu'il l'avait pris. Maintenu à la diète et à l'usage de la tisane d'orge, il revint lentement à la santé.

L'émétique agit dans ce cas comme un purgatif, et ne parut avoir aucune influence sensible sur la marche de la maladie. Il sembla, de plus, avoir produit un effet diaphorétique. Mais les sueurs ne furent que très-légères; plus abondantes, auraient-elles été critiques?

CVIe OBSERVATION.

Fièvre; langue rouge; douleurs abdominales; constipation. Administration du tartre stibié. Amendement passager, puis exaspération des symptômes, qui cèdent à une application de sangsues.

Un tourneur en bois, âgé de seize ans, à Paris depuis cinq mois, ressent des douleurs abdominales depuis le 15 mars. Le 20, il a cessé de travailler. Entré le 28, il accuse une douleur abdominale générale que la pression augmente. Constipation, bouche mauvaise, langue blanche à son centre, d'un rouge vif sur ses bords et à sa pointe, pouls fréquent, peau chaude. (*Deux grains d'émétique dans une pinte d'eau de veau; tisane d'orge.*) Le malade vomit et alla six fois à la selle. A cinq heures du soir, il survint un fort redoublement de fièvre, pendant lequel les douleurs abdominales augmentèrent. Le 29, le pouls était à peine fréquent; la langue présentait le même aspect. (*Tisane d'orge.*)

Le 30, fièvre ardente; langue rouge, tendant à se sécher. Vive douleur autour de l'ombilic, selles ordinaires, toux fréquente et pénible. (*Dix sangsues de chaque côté de la poitrine.*)

1e avril, apyrexie complète, toux presque nulle, disparition de la douleur abdominale; les jours suivants, rétablissement complet.

On ne saurait trop appeler l'attention sur cet état meilleur en apparence dans lequel nous trouvâmes le malade le lendemain du jour où il prit l'émétique. Si alors on eût cessé de l'observer, on eût regardé comme démontré que, dans ce cas, malgré la rougeur de la langue, l'administration du tartre stibié avait été utile. Mais ce mieux ne fut que passager, et le surlendemain, l'exaspération de la fièvre, le commencement de sécheresse de la langue indiquaient assez combien on aurait eu tort de se fier à l'amélioration de la veille. On trouvera dans ce volume d'autres cas où, comme dans celui-ci, ce ne fut que le surlendemain du jour de l'administration d'un vomitif que ses mauvais effets se firent ressentir, comme si, introduit dans le tube digestif, le tartre stibié déterminait chez certaines personnes une irritation sourde, qui ne se traduit par des symptômes qu'au bout d'un certain temps. A ce propos, nous rappellerons que, parmi les individus auxquels on donnait le tartre stibié suivant la méthode rasorienne, nous en avons vu quelques-uns qui, après avoir supporté impunément pendant plusieurs jours l'introduction dans l'estomac de vingt à trente grains d'émétique chaque vingt-quatre heures, commençaient à présenter des signes d'irritation gastro-intestinale précisément à l'époque où l'on suspendait l'emploi de ce médicament, ou même quelque temps après qu'on avait cessé de l'employer.

CVII^e OBSERVATION.

Fièvre rémittente; diarrhée; langue rouge. Émétique : exaspération des symptômes, qui s'amendent après une application de sangsues.

Un garçon marchand de vin, âgé de vingt-deux ans, ayant tous les traits du tempérament bilieux, avait une fièvre rémit-

tente depuis quinze jours, et du dévoiement depuis huit. Le jour de son entrée, 20 novembre, la rougeur de ses joues contrastait avec la teinte jaune du pourtour des lèvres, des orbites et des ailes du nez. Les yeux s'ouvraient avec peine. Le malade se plaignait d'avoir la bouche très-mauvaise et de fréquentes nausées. Il avait peu de soif, la langue était un peu sèche, rouge à sa pointe et sur ses bords, blanche à son milieu; le ventre était indolent; douze selles avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures, sans colique ni ténesme. Le pouls, assez développé, battait quatre-vingt-cinq fois par minute. La chaleur de la peau était halitueuse; l'urine, d'une couleur jaune foncé, était assez abondante. On prescrivit deux grains d'émétique dans une pinte d'eau de veau, la tisane d'orge gommée dans la journée.

Le malade vomit beaucoup de bile jaune et alla beaucoup à la selle. La nuit, il dormit bien. Dans la matinée du 22, la langue était plus rouge, le ventre un peu sensible à la pression; la fièvre persistait. Cependant le malade disait se trouver bien mieux; ses mouvements étaient plus libres, l'aspect de la face plus naturel. (*Tisane d'orge gommée, julep le soir, diète.*) Il n'y eut que trois selles. Le 23, tous les symptômes s'étaient exaspérés: langue très-rouge et sèche, soif vive, fièvre intense, une à deux selles liquides. (Vingt sangsues furent appliquées à l'anus.) Dans la journée, le malade n'eut qu'une selle. La nuit, des sueurs abondantes eurent lieu. Dans la matinée du 24, il y avait une amélioration sensible, la langue s'était humectée, le pouls était moins fréquent. Les jours suivants, le mieux alla en augmentant; le malade sua beaucoup chaque nuit jusqu'au 28. Le 29, apyrexie complète, appétit excellent, retour des forces; en un mot, tous les signes d'une convalescence parfaite.

Chez ce malade, l'exaspération des symptômes ne suivit pas immédiatement l'administration du vomitif. Le lendemain même, il se sentait mieux, et ce ne fut que le surlendemain que son état s'aggrava notablement, sans que la diarrhée reparût. Ce cas est assez commun ; aussi ne faut-il pas toujours se fier au bien-être que disent éprouver un certain nombre de malades le jour même ou le lendemain de l'administration d'un vomitif.

Cette observation vient encore pleinement confirmer les réflexions qui nous ont été suggérées par l'observation CVI.

CVIIIe OBSERVATION.

Suppression d'une sueur. Fièvre rémittente bénigne au début ; plus tard langue sèche, diarrhée, prostration ; éruption miliaire. Médecine expectante d'abord ; purgatifs ensuite ; amers vers la fin.

Un maçon, âgé de cinquante-trois ans, fut inondé d'eau froide, pendant qu'il était en sueur, dans la soirée du 29 juillet. Il dormit bien, et n'éprouva rien d'insolite le lendemain jusqu'à trois heures de l'après-midi. Alors il fut pris d'un violent frisson, qui fut suivi de chaleur et d'une sueur abondante pendant la nuit. Du 30 juillet au 6 août, il eut tous les jours un accès semblable ; dans la matinée il se portait très-bien, il continuait à manger et à travailler jusqu'à l'heure du frisson. Dans la matinée du 7, il éprouva du malaise ; le frisson, survenu à l'heure accoutumée, fut suivi de chaleur et non de sueur. Le 8, le malade éprouva toute la journée une chaleur brûlante et garda le lit. Le 9, même état : il entra à la Charité.

A la visite du 10, nous observâmes l'état suivant : expression

de la face assez naturelle, langue rouge et sèche, soif, anorexie, constipation, ventre indolent, pouls fréquent et dur, peau chaude et sèche, respiration un peu accélérée, cinq ou six taches rouges, lenticulaires, saillantes au toucher, occupant l'épigastre et la partie inférieure du sternum. (*Tisane d'orge oxymélée, lavement émollient.*) Dans la journée, l'état du malade ne subit aucun changement.

11. La langue, rouge et sèche, tendait à s'encroûter; pas de selle; pouls dur, de fréquence médiocre; légère moiteur; même caractère de la respiration, taches plus nombreuses. (*Même prescription.*)

12. Air de stupeur, météorisme, même état de la langue, pas de selles, disparition des taches. (*Petit-lait tamariné, deux bouillons.*)

13. Assoupissement, réponses nettes; langue sèche, fendillée, présentant à son milieu une teinte de crême brûlée. Le tamarin n'avait pas vaincu la constipation. (*Addition d'une demi-once de sulfate de soude dans le petit-lait, bouillon aux herbes, tisane d'orge oxymélée, lavement émollient, deux bouillons.*) Une seule selle eut lieu jusqu'au lendemain matin; le malade resta assoupi toute la journée.

14. La tendance au coma persistait. Même état de la langue. La respiration était toujours un peu accélérée. Du râle crépitant s'entendait dans différents points de la poitrine. (*Vésicatoire sur le sternum.*)

Du 15 au 20, l'état du malade ne subit aucun changement sensible. Ses idées se troublaient de temps en temps; il conservait assez de force pour se mettre facilement sur son séant. Le 20, une légère diarrhée s'établit (trois selles). Ce même jour, quelques *sudamina* apparurent sur l'abdomen; en même temps une autre éruption se manifesta. La partie inférieure du sternum, le flanc gauche et le même côté du thorax se couvri-

rent d'une foule de petites plaques rouges, confluentes, surmontées la plupart de vésicules miliaires, transparentes.

Le lendemain, la double éruption persistait, ainsi que la diarrhée. La langue s'était humectée, le pouls était moins fréquent.

Du 21 au 24, les *sudamina* et les pustules miliaires se flétrirent. La langue était rendue à son état naturel, cependant l'air de stupeur ne cessait point; le malade restait plongé dans une sorte d'engourdissement physique et moral. Le râle crépitant, qui s'entendait en arrière des deux côtés de la poitrine, paraissait annoncer un œdème des poumons. Le pouls conservait de la fréquence, et la peau de la chaleur. La diarrhée avait cessé; jusqu'alors le malade n'avait pris que des tisanes adoucissantes. M. Lerminier prescrivit l'hydromel composé et une forte décoction de racine de polygala.

Les jours suivants, sous l'influence de cette nouvelle médication, une amélioration très-rapide eut lieu; le râle crépitant cessa, les forces se relevèrent, la face reprit son expression naturelle, et le malade ne tarda pas à quitter l'hôpital dans un état de santé parfait.

Cette maladie débuta par une fièvre intermittente quotidienne, qu'une cause évidente (l'impression d'un froid humide sur la peau) sembla produire. Au bout du huitième accès, cette fièvre intermittente se transforma en fièvre continue, avec langue rouge et sèche, et éruption pétéchiale. Quatorze jours seulement après l'invasion de la fièvre continue, de la diarrhée s'établit, en même temps qu'apparurent des *sudamina* et une éruption miliaire. C'est à dater de la manifestation simultanée de ces trois phénomènes qu'un amendement sensible eut lieu.

Plusieurs fois le malade prit des laxatifs, pendant que la langue était sèche et qu'il était plongé dans la stupeur. Ainsi se conduisirent en pareil cas les médecins anglais. Un seul vésicatoire fut appliqué sur le sternum, un jour où il y avait un embarras notable de la respiration. D'ailleurs, aucune saignée ne fut pratiquée. Mais lorsque déjà la maladie était devenue beaucoup moins grave, et que ce qui semblait surtout prédominer, c'était un état de langueur de toute l'économie, joint à un engouement des poumons, une médication tonique fut administrée. Nous avons vu avec quelle rapidité le râle crépitant disparut, dès que le polygala fut donné. N'est-ce point en relevant les forces générales que l'on obtint la résolution de l'engorgement séreux des poumons? Si l'on n'eût vu dans ces derniers phénomènes qu'un produit de l'*irritation* pulmonaire, on se serait bien gardé d'un pareil traitement, on aurait pratiqué des saignées, appliqué des révulsifs: aurait-on obtenu une aussi heureuse terminaison?

ARTICLE III.

TRAITEMENT PAR LES ANTIPHLOGISTIQUES (ÉMISSIONS SANGUINES ET RÉVULSIFS).

CIXe OBSERVATION.

Fièvre; diarrhée; langue sèche; deux applications de sangsues à l'anus. Une saignée.

Un boulanger, âgé de dix-huit ans, d'une forte constitution,

avait soupé, comme à son ordinaire, le 28 octobre. Trois heures après, il fut pris d'une forte céphalalgie sus-orbitaire : il se sentit étourdi, puis il eut un frisson violent, qui fut suivi de chaleur et de sueur. Le lendemain, 29, la fièvre était très-forte ; le malade alla dans la journée plus de trente fois à la selle. Le ventre était indolent. Cet état persista pendant les jours suivants. Entré à la Charité le 1er novembre, le malade était, le 2, dans l'état suivant :

Céphalalgie, face rouge, yeux brillants, faiblesse générale ; langue jaunâtre, un peu sèche ; soif. Dévoiement aussi abondant que dans l'origine ; déjections alvines aqueuses, non accompagnées de ténesme ; ventre indolent ; pouls développé, médiocrement fréquent ; chaleur de la peau peu intense. (*Trente sangsues à l'anus ; tisane d'orge gommée ; diète absolue.*)

La diarrhée fut notablement diminuée ; le malade n'alla dans les vingt-quatre heures suivantes que quatre fois à la selle. La nuit, il ressentit une chaleur brûlante, il ne sua pas.

Dans la matinée du 3 novembre, la céphalalgie n'existait plus ; mais la langue était sèche, le pouls fort, la peau chaude et aride. Ainsi, malgré la diminution notable de la diarrhée, due sans doute à l'émission sanguine de l'anus, la fièvre avait augmenté. Une saignée de deux palettes fut pratiquée, la même tisane fut continuée, une diète sévère fut recommandée.

Le dévoiement reparut plus considérable que la veille (huit à neuf selles). Il y eut beaucoup d'agitation pendant la nuit.

Dans la matinée du 4, la fièvre persistait. La langue était humide et rouge, le ventre toujours indolent. Dix nouvelles sangsues furent appliquées à l'anus. Comme les premières, elles eurent sur le dévoiement une influence non douteuse : aucune selle n'eut lieu jusqu'au lendemain matin 5 novembre,

neuvième jour de la maladie. La nuit avait été calme. La langue avait perdn sa rougeur; la peau était un peu chaude, et le pouls à peine fréquent. Le malade se trouvait infiniment mieux. Les jours suivants, l'amélioration fut rapide, le dévoiement ne reparut pas, et cet homme sortit bien portant le 10 novembre.

Nous voyons dans cette observation les symptômes morbides s'aggraver d'abord, la fièvre devenir plus forte, la langue rougir, etc., malgré l'emploi très-actif du traitement antiphlogistique. Ainsi les saignées n'*enlèvent* pas la maladie, qui, pendant leur emploi, n'en continue pas moins sa marche et s'aggrave; il n'y a que le dévoiement qui s'amende, et dans ce cas, la saignée dérivative de l'anus agit sur lui plus efficacement que l'ouverture de la veine. Il ne nous est pas démontré que l'amélioration générale qui suivit la seconde application de sangsues fût due à cette application.

CXe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Fréquent retour de diarrhée; puis fièvre; langue rouge, etc. Deux applications de sangsues à l'anus.

Un boulanger, âgé de vingt-quatre ans, assez fortement constitué, n'habitant Paris que depuis trois mois, a, depuis ce temps, de fréquents dévoiements. Le 28 octobre, il est pris, sans cause connue, d'une diarrhée abondante et de fièvre. Même état jusqu'au 2 novembre. Entré alors à la Charité, il accuse une forte céphalalgie sus-orbitaire, des tintements d'o-

reille, des douleurs de reins. La face a une teinte jaune. La bouche est mauvaise, la soif vive, la langue rouge, un peu sèche. Le ventre est douloureux autour de l'ombilic. Trois déjections alvines, liquides et jaunes, ont eu lieu depuis vingt-quatre heures. Le pouls est fréquent et plein, la peau chaude. On prescrit quinze sangsues à l'anus, la tisane d'orge et la diète.

Le 3 novembre, le malade était à peu près dans le même état. Il avait été deux fois à la selle. La langue était plus sèche.

Le 4 novembre, le dévoiement avait augmenté (cinq selles); la langue, toujours rouge, s'était humectée; la fièvre persistait. Dix nouvelles sangsues furent appliquées à l'anus, la tisane d'orge fut continuée.

Le lendemain (huitième jour), la fièvre n'existait plus. Le ventre était indolent. Une seule évacuation alvine avait eu lieu. La langue conservait sa rougeur. Le malade se trouvait très-bien ; il avait appétit. Les jours suivants, il alla de mieux en mieux.

Il existait chez ce malade une ancienne irritation intestinale qui s'était exaspérée et était accompagnée de fièvre, lorsqu'il entra à l'hôpital. Les émissions sanguines eurent à peu près chez lui le même résultat que chez le malade de l'observation CIX. La veine ne fut point ouverte. Après la première application de sangsues aucun amendement n'eut lieu; après la seconde tout s'améliora; mais chez les malades dont l'histoire est consignée dans l'article Ier, n'avons-nous pas vu la même amélioration suivre l'emploi de la tisane d'orge et de la diète?

CXIe OBSERVATION.

Diarrhée abondante. Langue blanche; nausées; fièvre. Deux applications de sangsues à l'anus.

Un serrurier, âgé de vingt-un ans, à Paris depuis deux mois, avait, depuis quinze jours, un dévoiement abondant (dix à douze selles en vingt-quatre heures), des nausées fréquentes, une anorexie complète, lorsqu'il entra, le 10 novembre, à la Charité. Alors la face était rouge, la langue blanche; une fièvre assez forte existait. Trente sangsues appliquées à l'anus modérèrent le dévoiement d'une manière remarquable; le malade n'alla que trois fois à la selle.

Le lendemain matin, le pouls était encore fréquent. Quinze nouvelles sangsues furent prescrites. Le dévoiement cessa entièrement. Dans la matinée du 13, le malade n'avait plus de fièvre; il se trouvait très-bien; il demandait à manger. Il sortit le 17 novembre.

Il nous paraît intéressant de rapprocher cette observation, où tout s'amenda à la suite de deux saignées dérivatives de l'anus, d'autres observations précédemment citées, où existaient à peu près les mêmes symptômes, qui cédèrent, encore plus promptement que dans ce cas, à la diète et à l'eau d'orge.

CXII• OBSERVATION.

Toux et diarrhée à la suite d'un refroidissement; fièvre. Sangsues à l'anus.

Un tailleur, âgé de vingt-cinq ans, à Paris depuis dix-huit mois, se portant habituellement bien, cheveux noirs, peau brune, quitta prématurément un gilet de laine qu'il avait porté pendant l'hiver. Saisi par le froid, il s'enrhuma et fut pris en même temps de dévoiement. Il garda le lit pendant trois jours, ne prenant que des tisanes, puis il entra à la Charité le 30 mars. A cette époque, yeux brillants, bouche mauvaise, légère douleur abdominale, dévoiement modéré, fièvre peu intense. La bénignité des symptômes était telle, qu'un simple traitement délayant fut prescrit.

Du 1er au 3 avril, même état; langue jaunâtre.

Le 3, augmentation de la diarrhée et de la fièvre, bouche pâteuse, langue blanche, ventre un peu douloureux à la pression. (*Douze sangsues à l'anus.*) Cette application de sangsues eut l'effet qu'on en attendait. Dès le lendemain, l'apyrexie était complète; et au lieu de neuf à dix selles, le malade n'en avait eu que deux en vingt-quatre heures. Il alla de mieux en mieux les jours suivants.

CXIII• OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Diarrhée; fièvre. Une saignée; sangsues à l'anus.

Un serrurier en bâtiments, âgé de dix-huit ans, d'une assez faible constitution, habitant Paris depuis trois mois, fut pris

de la diarrhée le 1er septembre sans cause connue. Elle persista les jours suivants; en même temps violente céphalalgie; grand abattement physique et moral. Le 7 septembre, le malade présentait l'état suivant:

Face pâle; céphalalgie frontale; pouls fort, fréquent; selles abondantes, aqueuses; ventre indolent. (*Saignée de trois palettes, tisane d'orge gommée.*) Le sang se couvrit d'une couenne épaisse.

Le lendemain 8, la céphalalgie n'existait plus. Le malade avait goûté un sommeil tranquille pendant la nuit. La langue avait perdu sa rougeur; elle était blanchâtre. Le dévoiement n'avait pas diminué (dix selles). Le pouls, peu fréquent, était d'une dureté remarquable et irrégulier. De temps en temps deux ou trois battements se précipitaient; d'autres fois il y avait un temps d'arrêt. Cet état du pouls ne semblait pas dépendre de la maladie actuelle; il paraissait plutôt devoir être rapporté à une lésion du cœur; cependant celle-ci n'était point apparente par l'auscultation. Le malade assurait n'avoir jamais senti d'oppression. (*Bourrache gommée, lavement émollient.*)

9 et 10. Persistance de l'irrégularité du pouls; fièvre; aspect naturel de la langue; dévoiement aussi abondant. (*Huit sangsues à l'anus*, le 10.)

Les jours suivants, la fièvre et la diarrhée diminuèrent peu à peu. (*Tisanes adoucissantes; diète.*) Le malade ne reprit ses forces que lentement. Il quitta l'hôpital encore pâle et assez faible, le 26 septembre. A cette époque, le pouls conservait toujours son irrégularité.

Chez ce malade, les symptômes généraux diminuèrent d'in-

tensité après la saignée ; la rougeur de la langue disparut, mais la diarrhée ne diminua pas. L'application de sangsues à l'anus ne l'*enleva* pas non plus ; à la vérité cette application fut peu considérable. La fièvre se montra, s'accrut, diminua, et disparut avec la diarrhée.

CXIVe OBSERVATION.

Signes d'irritation simultanée des muqueuses pulmonaire et intestinale ; fièvre ; épistaxis répétées dans la convalescence. Une saignée ; une application de sangsues à l'anus. Soupçon de phthisie pulmonaire.

Un jardinier, âgé de vingt-cinq ans, ayant de l'embonpoint, des muscles assez développés, mais des chairs molles, était malade depuis huit jours, lorsqu'il entra à l'hôpital au commencement du mois d'avril. Il avait eu d'abord un violent frisson auquel avait succédé une chaleur brûlante qui n'avait pas cessé depuis. En même temps nausées, perte d'appétit. Lorsque nous le vîmes pour la première fois, il avait de la fièvre ; il toussait et accusait une douleur à la partie latérale inférieure droite du thorax. Sa respiration était libre ; la poitrine, percutée et auscultée, ne présenta rien à noter. L'expectoration était purement catarrhale. La langue, recouverte à son milieu d'un enduit blanchâtre, était rouge à sa pointe. Aucune selle n'avait eu lieu depuis le début de la maladie.

La fièvre, chez cet individu, paraissait entretenue par la double irritation des muqueuses pulmonaire et intestinale. Il était douteux que la douleur thoracique dépendît d'une phlegmasie de la plèvre. Elle fut combattue toutefois par l'application de quinze sangsues sur le côté douloureux. On pratiqua en outre une saignée de deux palettes, dans le but de détruire

l'éréthisme général qui existait. Le redoublement du soir fut sensiblement moins marqué que les jours précédents. La saignée n'offrit pas de couenne. Une sueur abondante eut lieu toute la nuit pour la première fois.

Le lendemain 11, la douleur de côté avait disparu ; la fièvre persistait ; la toux était moindre. (*Tisanes de violettes.*)

Le 12, le malade demandait des aliments. Jusqu'au 15 aucun changement n'eut lieu.

Le 15, la fièvre était plus forte que les jours précédents ; face rouge, grande céphalalgie ; épistaxis, langue rouge ; dévoiement pour la première fois (cinq selles) ; toux plus fréquente. Cette recrudescence des symptômes fut combattue par l'application de vingt-quatre sangsues à l'anus.

Dès le lendemain, fièvre plus modérée, diminution de la diarrhée (deux selles) ; épistaxis.

Les jours suivants, le malade eut chaque matin une épistaxis peu abondante. Le dévoiement s'arrêta, la langue fut humide et vermeille ; le malade mangeait avec plaisir de légers potages, mais la toux ne cessait pas, non plus que la fréquence du pouls. Il y avait chaque nuit d'abondantes sueurs ; l'haleine était un peu courte ; l'expectoration était purement catarrhale ; la percussion et l'auscultation ne donnaient aucun nouveau renseignement.

Le malade resta dans cet état jusqu'au commencement du mois de mai ; il voulut alors sortir. Un vésicatoire avait été appliqué au bras.

Lorsque ce malade entra à la Charité, il ne paraissait différer des précédents qu'en ce que, chez lui, l'irritation des voies aériennes était beaucoup plus prononcée que celle des voies

digestives. D'ailleurs, à cette époque, on aurait cru pouvoir affirmer qu'à l'aide de quelques émissions sanguines, des tisanes délayantes et de la diète, ce malade guérirait promptement, comme les précédents. Sous l'influence de ces moyens on vit effectivement disparaître les signes d'irritation gastro-intestinale; mais il n'en fut pas de même des signes d'irritation bronchique, et, malgré l'absence de tout signe fourni soit par l'expectoration, soit par la percussion et l'auscultation, la persistance de la toux avec fréquence du pouls, sueurs nocturnes et oppression légère, portait à craindre que chez cet individu la fièvre continue, bénigne en apparence, qu'il avait présentée à l'époque de son entrée, ne marquât l'invasion d'une phthisie pulmonaire.

CXVe OBSERVATION.

Bronchite aiguë; pleurodynie; langue rouge; fièvre; sueurs critiques. Saignée; sangsues à la poitrine.

Un homme de trente-un ans, taillandier, à Paris depuis quatre ans, peau brune, cheveux noirs, muscles peu développés, se portant habituellement bien, éprouve, le 16 octobre, une tension douloureuse de la joue droite; il continue à travailler; cette tension augmente le jour suivant; il croit avoir un peu de fièvre. Il a de la céphalalgie, du dégoût pour les aliments. Le 18, la fluxion disparaît, mais il ressent une assez vive douleur à la partie latérale inférieure droite de la poitrine, aux lombes. Il s'alite le 20 octobre, et boit une tisane délayante. Entré à l'hôpital le 22, il est dans l'état suivant:

Céphalalgie sus-orbitaire; teinte jaune de la face; yeux appesantis; brisement des membres; douleur au niveau des trois dernières côtes, s'étendant de là au flanc droit et aux lombes,

et augmentant par la pression et par la toux, mais non par les mouvements d'inspiration. Langue rouge; soif; bouche mauvaise, ventre indolent; constipation. Pouls fort, peu fréquent; chaleur douce de la peau; respiration libre; toux légère; crachats de catarrhe aigu; percussion sonore partout; râle sibilant des deux côtés au-dessous des clavicules (indice d'un simple catarrhe pulmonaire). (*Douze sangsues au côté droit de la poitrine; saignée de deux palettes; infusion de violettes.*)

Le 23, le sang tiré la veille est réuni en un caillot peu consistant, sans couenne. Le malade a assez bien dormi; la douleur de côté a disparu, ainsi que la céphalalgie; la langue a perdu sa rougeur; la soif est moindre; le ventre est le siége de fréquents borborygmes. Il n'y a pas eu de selle; la toux a cessé; le pouls est fort, toujours un peu fréquent; de légères sueurs ont apparu la nuit pour la première fois (nuit du septième au huitième jour). Le 24, le malade se trouve très-bien; il a encore un peu sué la nuit. Il est tout-à-fait sans fièvre; il a faim. (*Bourrache oxymélée; deux crêmes de riz; deux bouillons.*) Le 25, sueurs copieuses la nuit: elles n'ont plus lieu les jours suivants. Le malade, qui se plaint de borborygmes incommodes et de constipation, prend, pendant deux jours, deux verres d'un apozème purgatif. Il quitte l'hôpital le 1er novembre.

La fièvre continue qui fait le sujet de l'observation précédente débuta par une fluxion de la joue droite, qui, au bout de trois jours, fut remplacée par une douleur des parois thoraciques et du flanc du côté droit. Il y avait en même temps fièvre, céphalalgie, anorexie, toux, teinte jaune de la face. Stoll

eût désigné cet ensemble de symptômes sous le nom de pleurésie bilieuse, et il aurait administré un vomitif; mais la douleur ne nous paraît avoir résidé que dans les parties extérieures de la poitrine, et la toux était le résultat d'un simple catarrhe pulmonaire.

Des sueurs survenues dans la nuit du septième au huitième jour, et persistant les jours suivants, parurent juger la maladie.

La double évacuation de sang, locale et générale, en hâta la résolution. La douleur de côté céda à l'application des sangsues.

Ce ne serait que par hypothèse qu'on pourrait, dans cette observation, donner à la fièvre un siége bien déterminé ou un point de départ bien manifeste. Or, dans la pratique, rien de plus commun que des cas pareils; rien de plus commun que d'observer ainsi, au milieu d'un état fébrile, passager ou permanent, une succession rapide de plusieurs affections locales, qui coïncident avec la fièvre, sans qu'il soit toujours possible de décider quel est leur rapport avec elle, et qui tous sont vraisemblablement unis par un lien qui nous échappe. C'est ce qu'on peut voir dans le cas suivant, qui sera rapproché avec avantage de l'observation qu'on vient de lire.

Un jeune homme se présenta à la consultation du Bureau central, portant encore sur divers points de la peau des traces de nombreux furoncles qu'il vient d'avoir successivement au cou, aux aisselles, au dos, au ventre, au périnée et aux cuisses. Avant cette éruption, il a eu à l'une des joues un gonflement, sans rougeur de la peau, auquel il donne le nom de fluxion. Lorsqu'il se présente au Bureau central, cet individu est atteint d'une urticaire des mieux caractérisées, et il dit avoir déjà eu plusieurs fois une éruption semblable. Il entre à la Charité, l'urticaire disparaît, et en même temps un rhumatisme avec fièvre

se manifeste aux trois grandes articulations du membre thoracique gauche. On oppose à ce rhumatisme le tartre stibié à haute dose et des saignées; au bout de cinq à six jours il cesse; mais le lendemain qu'il a cessé, un érysipèle survient à la face. Il parcourt ses périodes ordinaires, et, comme aucun accident ne le complique, on n'emploie aucune médication active; l'eau d'orge et la diète, voilà toute la prescription. Le malade paraissait convalescent, lorsqu'un matin il accuse un peu de douleur vers le milieu de l'omoplate gauche; on y sent un peu d'empâtement, sans qu'il y ait rougeur à la peau; le lendemain, dans ce même point où, vingt-quatre heures auparavant, il n'y avait encore qu'un gonflement léger à peine appréciable, on trouve un abcès énorme, qui, dans les vingt-quatre heures suivantes, acquiert encore un plus grand développement; d'ailleurs la peau n'est pas rouge, et la douleur est tellement modérée que le malade reste couché sur le dos. Ce malade passa alors dans les salles de chirurgie, et nous le perdîmes de vue.

CXVIe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris; fatigues antécédentes. Fièvre rémittente tierce. Irritation bronchique et intestinale. Saignée.

Un domestique, âgé de vingt-quatre ans, à Paris depuis six mois, servait dans une maison où il se fatiguait chaque jour beaucoup. Pendant le mois de juin il sentit des maux de reins, de la céphalalgie, et il perdit l'appétit. Peu à peu le malaise augmenta, et il s'alita dans les derniers jours du mois. Entré à l'hôpital le 1er juillet, il présenta l'état suivant:

Céphalalgie frontale; affaissement des traits; langue animée,

bouche mauvaise; soif; rapports; ventre douloureux aux environs de l'ombilic. Quatre à cinq selles en vingt-quatre heures depuis une huitaine de jours; pouls médiocrement fréquent, peau moite, toux assez intense depuis deux à trois jours; crachats de catarrhe aigu. (*Saignée de trois palettes; tisane d'orge.*)

Le sang tiré de la veine se présenta sous la forme d'un large caillot sans couenne ni sérosité. — Le soir, violent frisson depuis neuf jusqu'à dix heures; sueur toute la nuit.

Le lendemain 2, langue à peu près naturelle; soif moindre; cinq selles; ventre à peu près indolent; toux plus rare, moins pénible. (*Tisane d'orge.*)

Jusque vers le 15 juillet, le malade eut tous les deux jours du frisson chaque soir entre huit et dix heures, et d'abondantes sueurs toute la nuit. Hors le temps de ces accès, le pouls restait fréquent et la peau chaude. Un dévoiement assez léger persistait (cinq à six selles, au plus, liquides, séreuses, peu abondantes, en vingt-quatre heures). La langue avait un aspect assez naturel; le catarrhe pulmonaire n'augmenta ni ne diminua; les mêmes boissons furent continuées.

Après le 15 juillet, les redoublements avec frisson disparurent; le pouls resta fréquent jusque vers le 25. A cette époque, la toux n'existait plus; mais le dévoiement n'avait pas diminué. Il fut combattu par l'eau de riz gommée et par une diète assez sévère. Il ne céda entièrement que le 6 août. Il n'y avait plus aucun vestige de fièvre depuis le 25 juillet.

L'individu qui fait le sujet de cette observation fut soumis, long-temps avant d'être malade, à l'influence d'une cause qui ne le disposa à la maladie dont il était atteint à l'époque de son

entrée à la Charité qu'après avoir primitivement agi sur l'innervation. Plusieurs organes s'irritèrent chez lui à la suite de fatigues excessives, comme chez d'autres une gastrite survient à la suite d'une émotion morale. Mais dès lors n'est-il pas évident qu'on ne peut plus affirmer que l'irritation de ces organes soit toute la maladie, puisque cette irritation même n'en est pas le point de départ?

Du reste, ici encore le traitement offre des résultats semblables à ceux que nous avons notés dans plusieurs des observations précédentes. Une saignée de trois palettes n'eut d'autre effet que de diminuer la toux, la rougeur de la langue et la sensibilité abdominale. Mais cette saignée n'eut d'influence ni sur la diarrhée ni sur la fièvre, qui se montra dans ce cas avec un type rémittent bien tranché. Combattue ensuite par les simples délayants et la diète, la maladie eut une marche longue; les accès de fièvre furent le premier phénomène qui disparut; la fièvre, restée simplement continue, cessa à son tour; et enfin disparut aussi le flux intestinal.

CXVII^e OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Abondante diarrhée au début; fièvre; prostration, Douleur épigastrique. Saignées; sangsues à l'épigastre.

Un maçon, âgé de dix-huit ans, tempérament lymphatique, à Paris depuis sept mois, fut pris, quatorze jours avant son entrée à la Charité, d'un très-grand dévoiement (plus de trente selles en vingt-quatre heures), qui persiste depuis ce temps. Lorsque le malade fut reçu à l'hôpital, il paraissait faible; ses traits étaient abattus, sa face pâle, ses yeux appesantis; le ven-

tre était douloureux, le pouls fréquent et faible, la langue blanche à son centre, rouge sur ses bords.

Malgré cet état de faiblesse apparente, une saignée de quatre palettes fut pratiquée. (*Fomentations de guimauve sur l'abdomen, tisane d'orge gommée.*)

Le lendemain, 21 septembre, le dévoiement était notablement diminué (dix selles), les traits étaient relevés, la langue présentait un aspect à peu près naturel, le pouls était faible et fréquent, la peau sans chaleur.

Le 22, le malade accusait une vive douleur à l'épigastre. Douze sangsues furent appliquées sur cette région : elles enlevèrent la douleur.

A dater de ce jour le pouls perdit sa fréquence, mais le dévoiement persista. Le malade avait, dans chaque vingt-quatre heures, de huit à dix évacuations alvines. (*Décoction blanche, eau de riz gommée, acidulée avec de l'eau de Rabel. Lait de poule, bouillons pour toute nourriture.*) Lorsque ce régime avait été rigoureusement observé pendant quelques jours de suite, le nombre des selles était réduit à trois ou quatre ; mais, dès que le malade essayait de manger un peu, la diarrhée reparaissait aussi abondante. Il sortit enfin guéri le 13 octobre.

Chez cet individu, un amendement notable suivit et l'ouverture de la veine et l'application des sangsues à l'épigastre. Cela est d'autant plus remarquable que cette double émission sanguine fut pratiquée chez un malade qui paraissait profondément affaibli. Mais cet affaiblissement n'avait pas précédé la maladie ; il était le résultat de l'irritation intestinale, et il devait diminuer avec elle. Telle est la distinction qu'il ne faut

jamais perdre de vue dans la pratique. Dans ce cas, d'ailleurs, les saignées ne firent que diminuer les symptômes. L'amendement qu'elles procurèrent permit à la nature de travailler à la guérison, et ce ne fut que peu à peu qu'on vit disparaître la fièvre d'abord, puis le dévoiement.

CXVIIIe OBSERVATION.

Symptômes de fièvre inflammatoire; épistaxis; délire. Sueur critique. Deux saignées.

Un papetier, âgé de dix-sept ans, tempérament lymphatico-sanguin, était malade depuis cinq à six jours lorsqu'il entra à la Charité. Il présentait alors la plupart des symptômes qui caractérisent une fièvre inflammatoire: face rouge, yeux brillants; peau chaude et sèche, pouls plein, fréquent; langue blanche, pointillée de rouge; douleur épigastrique; pas de selle depuis le début de la maladie, épistaxis chaque jour; la nuit même qui suivit son entrée, le malade délira. (*Saignée de quatre palettes, tisane d'orge gommée, lavement émollient.*) Le sang tiré de la veine se réunit en un large caillot sans sérosité ni couenne. Dans la journée, aucun amendement n'eut lieu. Délire le soir et toute la nuit.

Le lendemain, 11 août, les facultés intellectuelles avaient repris leur netteté. La chaleur âcre de la peau, la dureté, la plénitude et la fréquence du pouls persistaient; la langue, blanchâtre, ne présentait point la moindre rougeur. L'abdomen, dans ses différentes régions, était légérement douloureux à la pression; une seule selle dure avait eu lieu à la suite du lavement. Une deuxième saignée fut pratiquée; le sang se montra semblable à celui qui avait été tiré la veille.

Dans l'après-midi la fièvre tomba, la nuit fut calme.

Le lendemain matin, 12, le pouls avait perdu sa fréquence; une légère moiteur couvrait la peau pour la première fois. Cette moiteur continua une grande partie de la journée.

A dater de ce moment la fièvre ne reparut plus, et le malade se rétablit promptement.

Cette observation présente à remarquer:

1° Les bons effets de la deuxième saignée, tandis que la première n'avait été suivie d'aucun résultat avantageux;

2° La sueur qui apparut pour la première fois, en même temps que la fièvre cessa.

CXIXe OBSERVATION.

Symptômes de fièvre inflammatoire. Deux saignées.

Un garçon cuisinier, âgé de vingt-un ans, était sujet depuis un an à de fréquents étourdissements. Depuis cinq jours, ces étourdissements étaient devenus continuels et plus intenses; en même temps, malaise général, anorexie. Lorsqu'il entra à la Charité, 27 septembre, sa face était rouge, ses yeux brillants et animés; la langue tendait à se sécher; les selles étaient ordinaires, le pouls était fréquent et plein, la peau chaude et haliteuse. (*Saignée de quatre palettes, tisane d'orge.*)

28. Mêmes symptômes : deuxième saignée. Le sang de l'une et de l'autre se couvrit d'une couenne épaisse.

29. La langue avait repris un aspect naturel : la soif était

modérée; le ventre souple, indolent; les selles étaient telles qu'elles existent dans l'état de santé; les étourdissements avaient cessé; il n'y avait rien du côté de la poitrine. Cependant, au milieu de cette absence de toute espèce de symptômes d'une maladie locale, le pouls conservait sa fréquence, et la peau sa chaleur.

Cette fièvre diminua peu à peu les jours suivants, et s'éteignit enfin sans qu'aucun phénomène critique apparût, et sans que le malade prît autre chose que la tisane d'orge.

Dans cette fièvre, où est le point de départ? Est-ce dans le cerveau? Mais nous ne croyons pas qu'il y eût une encéphalite ou une méningite, parce qu'il y avait des étourdissements. Est-ce dans le tube digestif? Mais nous ne pensons pas qu'on puisse admettre l'existence d'une gastrite, parce qn'il y a anorexie et diminution légère de la sécrétion de la membrane muqueuse linguale (1). Du reste, ce dernier signe lui-même disparaît, et la fièvre n'en persiste pas moins. Deux saignées ne la font pas cesser, et ce n'est qu'au bout d'un certain nombre de jours qu'elle cesse spontanément.

---

(1) Nous avons vu plus haut des cas où il n'y avait pas eu pendant la vie plus de signes d'affection du côté du tube digestif, et dans lesquels cependant l'ouverture du cadavre nous montra l'existence d'une lésion des follicules.

CXXe OBSERVATION.

Diarrhée au début; fièvre; langue rouge; toux. Sueur critique. Deux saignées.

Un boulanger, âgé de vingt-trois ans, à Paris depuis trois mois, a depuis six jours de la diarrhée (cinq ou six selles en vingt-quatre heures), de légères coliques et de la fièvre. Il éprouve de plus une forte douleur au genou gauche, sans tuméfaction ni rougeur; il tousse un peu. Le 5 novembre, jour de l'entrée du malade à la Charité, la face est animée, la langue rouge, la soif vive, la peau chaude, le pouls fréquent et fort. (*Tisane de violettes gommée, saignée de quatre palettes, douze sangsues autour du genou gauche.*)

Le 6, la toux avait disparu; la douleur du genou était moindre; le dévoiement et la fièvre persistaient, aussi intenses que la veille. Le sang tiré de la veille n'offrit pas de couenne. (*Tisanes adoucissantes, cataplasme émollient sur le genou, un bouillon.*)

Le 7, le dévoiement avait augmenté (dix selles). La langue était rouge à la pointe; la fièvre était considérable; la peau était très-sèche; la douleur était presque nulle. Une deuxième saignée fut prescrite. Le sang n'offrit pas plus de couenne que la première fois. Aucune amélioration n'eut lieu les quatre jours suivants. Le pouls conservait sa force et sa grande fréquence. La chaleur de la peau était brûlante et âcre. La diarrhée ne diminuait pas. (*Diète, tisanes adoucissantes.*)

Le 12 novembre, tout s'était amendé. La peau était moite pour la première fois, le pouls plus souple et moins fréquent; la langue avait perdu sa rougeur; le malade n'avait eu que

trois selles dans les dernières vingt-quatre heures; il sentait un grand soulagement. Le 13, même état, Le 14, la fièvre était légère; une seule selle avait eu lieu. Le 15, le pouls était à peu près revenu à son état naturel. Le 16, le malade était convalescent.

Aucun amendement ne suivit ici les deux saignées générales pratiquées à peu de distance l'une de l'autre; la maladie conserva toute son intensité jusqu'au douzième jour. Alors se manifesta pour la première fois de la sueur, et pour la première fois tout s'amenda. Dès ce moment le rétablissement complet ne se fit pas attendre.

CXXIe OBSERVATION.

Récente arrivée à Paris. Au début, prédominence des symptômes généraux; plus tard, dévoiement; langue sale. Saignée. Rétablissement lent.

Un cordonnier, âgé de dix-sept ans, d'une assez faible constitution, n'habitant Paris que depuis huit jours, éprouva, le 10 novembre, sans cause connue, des étourdissements, des maux de tête et de reins, des alternatives de froid et de chaud; il perdit l'appétit. Cet état persista les trois jours suivants. Le malade continua à travailler. Le 23, il eut des nausées, quelques coliques et un léger dévoiement (trois selles liquides). Il resta dans cet état jusqu'au 27. Il entra alors à la Charité. La céphalalgie n'existait plus. La langue était un peu sale, la bouche pâteuse, la soif assez vive, l'appétit nul, le ventre indolent et souple. Deux déjections alvines, liquides avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures. Il y avait beaucoup de fièvre. (*Saignée de trois palettes, tisane d'orge gommée.*)

Le 28, aucun changement ne s'était opéré. Le 29, réaction générale très-forte, deuxième saignée. Ni l'une ni l'autre n'offrit de couenne.

Le 30, le dévoiement était plus considérable (six selles). L'état saburral de la langue persistait; la fièvre était intense; le malade avait sué la nuit.

Du 1er au 7 décembre les symptômes précédents ne diminuèrent ni n'augmentèrent. La tisane d'orge gommée était le seul médicament que prît le malade: on lui accordait quelques bouillons. Du 7 au 14 décembre il prit de l'eau de riz gommée. Le dévoiement diminua un peu, ainsi que la fièvre. Le dégoût pour les aliments était extrême. Du 14 au 18 décembre, la fréquence du pouls diminua notablement; la diarrhée se modéra; les forces se rétablirent. Le malade marcha lentement vers la convalescence, et se trouva enfin en état de sortir le 15 décembre.

Chez ce malade, comme chez le précédent, la diarrhée et la fièvre persévérèrent, et même augmentèrent après deux saignées générales. Mais ici aucun phénomène critique n'abrégea le cours de la maladie; elle s'usa en quelque sorte d'elle-même et peu à peu. L'état saburral de la langue était très-prononcé, tandis que chez le sujet de la CXXe observation, la langue était rouge.

CXXIIe OBSERVATION.

Fièvre rémittente; diarrhée; symptômes de pneumonie. Trois saignées.

Un serrurier, âgé de vingt-trois ans, habitant Paris depuis

deux mois, jouissant habituellement d'une bonne santé, eut une indigestion, il y a dix jours, après avoir bu du mauvais vin; dans la nuit même il vomit et alla plusieurs fois à la selle. Les jours suivants, persistance de la diarrhée; frisson chaque soir, sueur la nuit; chaleur brûlante, grand malaise pendant le jour.

Lors de son entrée à l'hôpital, face un peu rouge, langue sale, légèrement rouge à la pointe, bouche mauvaise, ventre développé, deux ou trois selles, peau brûlante, pouls peu fréquent, toux forte et fréquente, crachats de catarrhe aigu. (*Saignée de deux palettes.*) Le sang ne présenta pas de couenne; mais le lendemain les crachats avaient acquis de la viscosité et une légère teinte rouillée. La poitrine percutée résonnait bien partout; partout aussi la respiration était nette; il n'y avait qu'une légère dyspnée. Cependant, d'après le caractère des crachats, l'existence d'une pneumonie n'était pas douteuse; le pouls avait acquis plus de fréquence. (*Deuxième saignée.*) Celle-ci offrit une couenne épaisse; les crachats, toujours visqueux, avaient perdu leur teinte rouillée; la fièvre était intense; la langue, rouge, tendait à se sécher; la diarrhée continuait. Cet ensemble de symptômes inflammatoires fut combattu par une troisième saignée. Elle présenta une couenne aussi épaisse que la seconde. L'amélioration qui la suivit fut remarquable. Le lendemain, 21 septembre, les crachats étaient redevenus ceux du simple catarrhe, la langue avait repris son humidité et une belle couleur vermeille; le pouls n'avait plus qu'une très-médiocre fréquence; une légère moiteur couvrait la peau; la diarrhée n'avait pas diminué. Le malade sortit bien portant le 29.

Dans ce cas, plus que dans aucun des précédents, les émis-

sions sanguines étaient indiquées; trois fois la veine fut ouverte. La première saignée n'empêcha pas la maladie de se développer; les crachats seuls furent modifiés à la suite de la seconde, et ce ne fut qu'après la troisième qu'on observa un amendement manifeste et durable.

Ainsi, en résumant spécialement les observations précédentes sous le rapport des résultats thérapeutiques qui peuvent en être déduits, nous sommes amené à conclure que, pour combattre les maladies de la nature de celles qui font l'objet de ces observations, les émissions sanguines n'ont pas toute l'efficacité qu'on leur attribue généralement. Plusieurs malades, soumis à la diète et au repos, ont guéri aussi promptement que ceux qui ont été saignés. Chez d'autres, après les saignées, la maladie n'en a pas moins marché, et ce n'est que peu à peu que la résolution s'est opérée. Chez d'autres, il n'y a eu qu'une rémission momentanée, après laquelle tout s'est de nouveau aggravé. Chez aucun la maladie n'a cédé immédiatement après la saignée. Toutefois, il est raisonnable de penser que parmi ces malades il en est chez lesquels les émissions sanguines ont eu l'avantage d'empêcher les symptômes de s'aggraver, si elles ne les ont pas enlevés.

CXXIII^e OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Diarrhée à la suite de deux purgatifs pris au début. Pétéchies. Pneumonie dans la convalescence. Saignées. Différence du sang des deux saignées pratiquées à deux époques différentes.

Un chapelier, âgé de vingt-trois ans, habitant Paris depuis six mois, ressentit, le 9 août, sans cause connue, des frissons, de l'anorexie. Il quitta le travail. Jusqu'au 17, il garda la chambre, mangea peu, et prit deux purgatifs.

État du 18 : face abattue, langue blanche, rouge à la pointe; bouche amère, soif; anorexie; quatre selles liquides; pouls dur, fréquent; peau chaude. (*Saignée de quatre palettes.*)

Le sang tiré de la veine ne se rassembla point en un caillot; mais les morceaux de fibrine restèrent comme dissous dans la sérosité.

Le lendemain 19, fièvre intense, taches très-petites, pâles, disséminées sur le thorax et sur l'abdomen; langue à peu près dans un état naturel : dix selles, légère sueur la nuit.

Le 20, peu de fièvre, pâleur extrême de la face, quatre selles seulement, taches moins nombreuses, toux légère. (*Tisane d'orge gommée.*)

Les 21 et 22, fièvre plus forte, mêmes symptômes du côté des voies digestives, disparition graduelle des pétéchies.

Dans la matinée du 23 (du quatorzième au quinzième jour), une sueur très-abondante s'établit : elle cessa dans la journée. Le soir, la peau de l'abdomen et de la partie interne des cuisses se couvrit d'une foule de petites vésicules cristallines. (*Sudamina.*)

Le 24, apyrexie complète, cessation de la diarrhée.

Le 25, disparition des *sudamina;* convalescence.

Le 27, le malade reprenait rapidement ses forces, et il se disposait à quitter l'hôpital, lorsque le pouls reprit de la fréquence; en même temps, toux considérable, gêne de la respiration : l'oreille, appliquée sur le côté droit du thorax, reconnut, en arrière et latéralement, du râle crépitant. La sonoréité de la poitrine persistait. Ces symptômes de pneumonie furent sur-le-champ combattus par une saignée de trois palettes. Le sang, bien différent de celui de la première saignée, se rassembla en un caillot dense, recouvert d'une couenne peu épaisse. Le lendemain, la respiration était revenue à peu près à son état naturel; la fièvre était moindre, et

le râle crépitant moins sensible. (*Tisanes émollientes.*) Même état le 29.

Le 30, tout symptôme de phlegmasie pulmonaire avait cessé. Le malade ne tarda pas à sortir bien portant.

Ce malade présente quelques phénomènes que ne nous ont pas offerts les précédents : nous voyons, le lendemain de la saignée, la peau se couvrir de pétéchies, en même temps que la fièvre se montre plus intense. Ces petéchies disparurent peu à peu, bien que la fièvre ne diminuât pas. Le sang a un aspect remarquable : la fibrine qui le constitue reste en fragments dans la sérosité ; c'est le sang dissous des auteurs. Le sang tiré à une époque où la pneumonie existait était bien différent ; il présentait un caillot bien formé que recouvrait une couenne manifeste. Ainsi les deux états morbides différents qui existaient à l'époque où chacune des saignées fut pratiquée se traduisirent par deux états différents du sang.

Du reste, aucun amendement notable ne suivit la première saignée : la langue seule fut modifiée en bien. La seconde saignée, au contraire, exerça la plus heureuse influence sur la pneumonie, qu'elle contribua sans doute à faire avorter. Voilà un cas où l'utilité des émissions sanguines est de toute évidence.

Les sueurs abondantes survenues du quatorzième au quinzième jour, et suivies d'une éruption de sudamina, coïncidèrent avec la terminaison de la fièvre.

CXXIVe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Diarrhée au début; fièvre rémittente quotidienne. Pétéchies au moment de la convalescence. Sangsues à l'épigastre.

Un charpentier, âgé de dix-neuf ans, n'habitant Paris que depuis deux mois, fut pris de diarrhée, sans cause connue, le 18 juillet; elle continua jusqu'au 23, sans que le malade en fût incommodé. Il allait quatre ou cinq fois à la selle en vingt-quatre heures, avec de légères coliques avant chaque évacuation.

Le 23 juillet, il ressentit, entre midi et une heure, du frisson qui, au bout de trois quarts d'heure environ, fut remplacé par une vive chaleur; il sua très-peu.

Le lendemain, dans la matinée, il éprouva un grand malaise. Un médecin, consulté, trouva de la fièvre et fit appliquer huit sangsues sur l'épigastre. Cette application n'empêcha pas le frisson de revenir à midi, et d'être suivi, comme la veille, de chaleur et d'une sueur légère. Cet accès se produisit ainsi tous les jours jusqu'au 1er août; le malaise qui existait dans l'intervalle des accès semblait indiquer que la fièvre ne cessait pas. Le dévoiement, pendant ce temps, n'augmenta ni ne diminua.

Nous vîmes le malade, pour la première fois, dans la matinée du 1er août. Il avait alors de la fièvre; la face était rouge, la langue un peu animée; trois ou quatre selles avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures; le ventre était indolent. (*Tisane d'orge gommée, diète.*) A midi, frisson, chaleur et sueur comme les jours précédents. 2 et 3 août, même état.

Le 4, fièvre le matin comme à l'ordinaire; chaleur ressentie

par le malade à une heure après midi, sans frisson initial, suivie d'une très-légère moiteur.

Le 5, aucun redoublement n'eut lieu; même nombre de selles; état naturel de la langue.

Le 6, le pouls avait perdu sa fréquence et la peau sa chaleur, le nombre de selles n'avait pas diminué; la partie inférieure du thorax et la partie supérieure de l'abdomen étaient couvertes par huit ou dix petites taches rosées, saillantes la plupart au-dessus du niveau de la peau; le toucher seul faisait reconnaître cette saillie. Les pétéchies persistèrent jusqu'au 8, puis elles s'effacèrent peu à peu. Le malade quitta l'hôpital le 10, étant parfaitement rétabli.

Cette observation offre un exemple bien tranché de fièvre rémittente. Une diarrhée peu abondante en marqua le prodrôme. Après une application de sangsues et quelques jours de diète absolue le frisson ne revint plus; l'on n'observa ensuite qu'un simple redoublement, qui cessa à son tour, en même temps que la langue perdit sa légère rougeur. Enfin, la fièvre, devenue simplement continue, cessa elle-même, bien que la diarrhée persistât encore. Ainsi, chez cet individu la fièvre ne parut exister que tant que l'estomac fut irrité; la circulation rentra dans son état normal dès qu'il n'y eut plus que le gros intestin dont les fonctions fussent encore lésées. C'est lorsque la fièvre eut complétement cessé, et lorsque le malade entrait en convalescence, que les pétéchies se montrèrent. Leur apparition ne parut ni hâter ni retarder les progrès du retour vers la santé.

Un autre individu eut aussi pendant le même mois des taches pétéchiales sur l'abdomen, vers la fin d'une fièvre conti-

nue bénigne, qui avait cédé en quelques jours à l'usage des simples délayants.

CXXVe OBSERVATION.

Fièvre continue; diarrhée, etc. Pétéchies vers la fin de la maladie. Saignée du bras.

Un passementier, âgé de dix-sept ans, à Paris depuis trois ans, entra à la Charité, accusant aux deux jambes des douleurs que la pression n'augmentait pas. Il avait un grand malaise, de la céphalalgie, une anorexie complète, du dévoiement. Cet état durait depuis huit jours. Il avait bu du vin chaud sucré. Lorsque nous le vîmes, la face était rouge, l'œil animé, le pouls plein, fréquent, le ventre indolent et souple, la langue humide, colorée par le vin. (*Saignée de deux palettes; orge avec le sirop tartareux; lavement de lin.*) Le sang tiré de la veine n'offrit pas de couenne. La nuit, le malade eut plus de sommeil et moins de rêves. Le lendemain, 7 juin, le nombre des selles était le même (six à sept). Le pouls était moins fréquent. Du 7 au 10, diminution du dévoiement, persistance de la fièvre.

Le 10, quelques petites taches rosées apparurent sur la poitrine; même état d'ailleurs.

Le 11, persistance des taches; peau sans chaleur, pouls sensiblement moins fréquent. Le 12, disparition presque entière des taches, pouls à peine fréquent, une seule selle. Le 15, disparition complète des pétéchies; apyrexie complète. Les jours suivants, bon appétit, retour des forces, persistance des douleurs des jambes: ces douleurs cédèrent à l'usage des bains sulfureux.

Comme chez les individus précédents, les pétéchies se montrèrent vers la fin de la maladie; leur apparition coïncida avec un amendement notable des symptômes. Bien qu'il n'y eût plus que de très-légers symptômes d'irritation du côté des voies digestives, la fièvre, que la saignée avait un peu diminuée, ne cédait cependant pas. A peine les pétéchies eurent-elles apparu, que le mouvement fébrile devint presque nul. Néanmoins, les trois jours suivants, pendant lesquels les taches persistèrent, le pouls conserva une légère fréquence; elle cessa dès que l'éruption fut entièrement flétrie.

CXXVI^e OBSERVATION.

Fièvre, diarrhée, etc. Éruption pétéchiale confluente. Saignée; émétique.

Un domestique, âgé de dix-huit ans, d'un tempérament lymphatique, chairs molles, peau blanche et rosée, cheveux roux, sans place depuis quelque temps, se plaint de tousser et d'avoir perdu l'appétit depuis cinq à six jours. Depuis ce temps aussi, il a un léger dévoiement et un redoublement de fièvre très-marqué chaque après-midi. Entré à la Charité le 4 mai, il présente les symptômes suivants. Céphalalgie sus-orbitaire, face très-rouge, animée; forces musculaires bien conservées; mouvements libres, bouche mauvaise, langue chargée; ventre indolent; le dévoiement n'existe plus; toux assez forte, sans douleur ni dyspnée; expectoration catarrhale; pouls fréquent, plein; peau halitueuse. (*Saignée de deux palettes, à huit heures du matin.*) Le sang se réunit en un caillot large, mou, sans couenne. A midi, le malade prit douze grains d'ipécacuanha et un grain d'émétique. Il eut d'abondants vomissements et des selles copieuses.

Le lendemain, 5 mai, son état était le même; mais à dater

de cette époque, il n'eut plus de redoublement dans l'après-midi.

Le 6, pas de changement.

Le 7, face très-rouge, langue animée, sèche au milieu; trois selles liquides, ventre indolent, pouls fréquent, peau chaude et sèche; petites taches rosées, lenticulaires, sur la poitrine, faisant une saillie légère, sensible seulement au tact. (*Tisane d'orge édulcorée.*)

Le 8, les pétéchies se sont étendues à l'abdomen; même état.

Du 9 au 12, les taches persistent; elles sont très-multipliées, véritablement confluentes, et conservent leur teinte rosée; le dévoiement se modère (deux à trois selles en vingt-quatre heures); la langue reprend un aspect naturel, le pouls est fréquent, la peau reste constamment moite. (*Tisanes adoucissantes, diète sévère.*)

Le 13 et le 14, les taches s'effacent, le dévoiement n'existe plus: le malade demande à manger; cependant le pouls conserve un peu de fréquence.

Le 16, les taches sont entièrement effacées; le malade est très-bien.

Les taches pétéchiales se sont ici montrées au moment où la maladie était dans sa plus grande intensité. Elles ont été beaucoup plus nombreuses que chez aucun des individus précédents. Pendant qu'elles se sont multipliées, l'état des fonctions digestives s'est amélioré, et la fièvre a diminué. Comme chez quelques-uns des autres malades, le trouble des fonctions a survécu à toute espèce de symptôme local, et n'a complétement cessé que lorsque les pétéchies elles-mêmes ont été entièrement effacées.

La peau devint moite dès qu'une amélioration franche commença à avoir lieu.

Chez cet individu aucun amendement ne suivit le traitement actif qui fut employé au moment de son entrée; les symptômes restèrent deux jours stationnaires, puis ils s'aggravèrent; la nature, aidée d'une médecine purement expectante, amena la guérison.

CXXVII^e OBSERVATION.

Misère antécédente; plusieurs épistaxis au début, fièvre intermittente d'abord, puis continue; persistance des épistaxis; stupeur; pétéchies; diarrhée vers la fin. Saignée.

Un tailleur, âgé de vingt-neuf ans, habitant Paris depuis onze mois, était depuis quelque temps sans ouvrage et menait une vie assez misérable, lorsque le 8 mars il fut pris d'une épistaxis abondante. A midi, il sentit du frisson et sua abondamment dans la soirée.

Du 8 au 12, il eut chaque jour des saignements de nez, et chaque jour aussi il eut, dans l'après-midi, un accès complet de fièvre; en outre, il toussait beaucoup. Entré, le 13, à la Charité, il eut un accès comme les jours précédents. La sueur se prolongea jusqu'au lendemain matin 14; alors le pouls était fréquent, plein, résistant; la couleur rouge des joues présentait un contraste frappant avec la teinte jaunâtre du pourtour des ailes du nez et des lèvres; les yeux étaient abattus et mornes; l'ensemble de la physionomie exprimait la stupeur. Langue vermeille, soif vive, constipation, toux pénible, mal de gorge, expectoration catarrhale, respiration libre, épistaxis, douleur sous-sternale. (*Saignée de quatre palettes; tisane de violettes.*) Le sang se réunit en un large caillot, peu con

sistant, recouvert d'une couenne très-mince. Accès de fièvre comme à l'ordinaire dans la soirée.

Dans la matinée du 15, le malade était sans fièvre. Accès dans la soirée.

A la visite du 16, le pouls était fréquent, la peau chaude. Des taches rosées, arrondies, lenticulaires, existaient en assez grande quantité sur l'abdomen.

Du 16 au 20, la fièvre fut continue avec redoublement chaque soir sans frisson initial. Légère épistaxis chaque matin; stupeur; mouvements musculaires libres. Langue un peu animée et tendant à se sécher; peu de soif; selles ordinaires. Persistance des taches. (*Tisanes émollientes, diète.*)

Le 21, une saignée de deux palettes fut pratiquée. Le sang forma un large caillot sans couenne.

Le 22, le malade était mieux; l'expression de la physionomie était plus naturelle; la fièvre avait moins d'intensité. Les taches ne se multipliaient ni ne diminuaient.

Du 22 au 30, un peu de dévoiement s'établit (trois ou quatre selles liquides, sans coliques ni ténesme, en vingt-quatre heures).

En même temps les sueurs et les saignements de nez cessèrent. Le redoublement du soir n'eut plus lieu. Le matin, la fièvre était très-modérée; les taches persistaient. La langue, pâle, conservait toujours de la tendance à se sécher. Le malade demandait à manger. On ne lui accordait que quelques bouillons. Il prenait des tisanes délayantes. On ne chercha point à suspendre le dévoiement.

Dans les premiers jours d'avril le pouls perdit sa fréquence; la langue s'humecta, la diarrhée cessa peu à peu, les taches disparurent et le malade entra en convalescence.

Cette maladie débuta sous forme d'une fièvre intermittente quotidienne. Six accès avaient déjà eu lieu lorsqu'elle fut soumise à notre observation. Une épistaxis périodique avait précédé chaque accès. Une émission sanguine paraissait indiquée par l'intensité de la réaction générale. La saignée n'empêcha pas le retour de l'accès ; vingt-quatre heures après qu'elle eut été pratiquée, des taches pétéchiales apparurent ; des symptômes d'une légère irritation gastrique se manifestèrent, et la fièvre devint continue. Au milieu de l'amélioration manifeste qui suivit la deuxième saignée, les pétéchies ne subirent aucun changement. Les sueurs, les épistaxis cessèrent alors, et furent remplacées par une diarrhée peu abondante. Puis tous les symptômes cessèrent peu à peu. Les médecins hippocratistes auraient dit que cette maladie s'était terminée par *lisis*.

CXXVIIIe OBSERVATION.

Arrivée récente à Paris. Irritation intestinale, compliquée momentanément d'irritation pulmonaire ; prostration ; pétéchies ; saignée dirigée contre la pneumonie ; vésicatoires. État de langueur dans la convalescence : vin d'absinthe.

Un manœuvre, âgé de dix-neuf ans, d'une constitution faible, n'habitant Paris que depuis vingt jours, fut pris le 30 août d'un violent mal de tête et d'anorexie. Il commença en même temps à tousser. Lorsqu'il entra à l'hôpital (7 septembre), il était pâle et semblait déjà profondément affaibli. Langue blanche ; sept à huit selles en vingt-quatre heures ; pouls fréquent et assez faible, toux, crachats de catarrhe. (*Violette et orge gommés, looch.*) 8, 9 et 10, même état.

Le 11 septembre, la toux était devenue plus fréquente et plus pénible ; il y avait de l'oppression. Les crachats présen-

taient un peu de viscosité ; le pouls avait acquis de la dureté. L'inflammation des bronches semblait menacer de se propager au parenchyme. (*Saignée de trois palettes.*)

12. Les symptômes de pneumonie avaient disparu, mais la faiblesse était considérable : quelques pétéchies étaient éparses sur l'épigastre. Le sang tiré de la veine, mou et sans consistance, ressemblait au sang d'une épistaxis. La diarrhée persistait. (*Vésicatoires aux jambes ; tisanes adoucissantes.*)

Du 12 au 20, les forces se relevèrent peu à peu ; la langue, couverte d'un enduit jaunâtre, épais, se nettoya, la diarrhée cessa, les taches disparurent, le pouls perdit chaque jour sa fréquence. Du 21 au 26, le malade put être considéré comme en convalescence, mais il restait faible, pâle, anémique : il avait peu d'appétit. Pendant la fin du mois de septembre, et dans les premiers jours d'octobre, il prit chaque matin avec avantage un peu de vin d'absinthe. Il sortit bien portant le 9 octobre.

Cette observation présente à remarquer les symptômes de prostration qui existaient dès l'époque de l'entrée du malade, et qui augmentèrent d'une manière si notable après qu'une saignée eut été pratiquée. Les pétéchies se montrèrent, comme chez le précédent malade, après l'émission sanguine ; mais d'un autre côté celle-ci fit avorter l'inflammation du poumon. Il est présumable qu'une véritable pneumonie serait survenue si, effrayé par l'état de faiblesse générale, on n'eût pas ouvert la veine, ou même si l'on n'eût prescrit qu'une simple application de sangsues. Le sang présenta un aspect en rapport avec l'ensemble des autres symptômes. Un aspect semblable nous a déjà été offert par le malade qui fait le sujet de la CXXIV^e observation. Après que la saignée eut détruit la con-

gestion inflammatoire qui tendait à s'opérer sur les poumons, les forces, que l'émission sanguine avait épuisées, se relevèrent après l'application des vésicatoires.

C'est dans des cas de ce genre qu'il est bien difficile de ne pas admettre que les toniques, donnés avec prudence et modération, hâtent les progrès de la convalescence en relevant les forces languissantes des organes digestifs (1).

Il n'est pas un praticien qui n'ait observé, à la suite de toutes les maladies un peu graves, la faiblesse des fonctions locomotrices, intellectuelles et sensoriales. Serait-il raisonnable de nier que cette faiblesse peut aussi frapper les organes digestifs dans certaines convalescences ?

CXXIXe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Diarrhée au début ; plusieurs épistaxis ; langue sèche et brune ; pétéchies ; prostration. Apparition d'une sueur coïncidant avec un amendement des autres symptômes. Sangsues à l'anus.

Un homme de vingt ans, chargeur, à Paris depuis six mois, taille élancée, cheveux blonds, peau blanche, muscles grêles, ne faisant aucun excès et se nourrissant bien, fut pris, vers le 15 mai, d'un grand dévoiement sans colique. Le 23, il se sentit très-fatigué, et garda le lit jusqu'au 29, époque de son

---

(1) A cela on répond que ce prétendu état de langueur de l'estomac indique qu'il est irrité. Mais c'est là précisément la question, et cette réponse elle-même n'est souvent qu'une hypothèse. Si tous les faits montrent que cet état de langueur des fonctions gastriques cède à l'emploi des débilitants, des émissions sanguines, de l'eau de gomme, je reconnaîtrai qu'il est le symptôme constant d'une irritation gastrique. Mais s'il est des cas où il n'en est pas ainsi ; où le trouble de la digestion n'est pas enlevé par les saignées, est

entrée à l'hôpital. Il avait observé une diète sévère, et bu un peu de tisane. Il eut plusieurs fois des épistaxis.

Le 30, face rouge, yeux abattus, air prostré, sentiment de faiblesse; taches rosées, arrondies, éparses en petit nombre sur l'abdomen. Tremblement des lèvres, langue rouge et sèche, soif; deux selles semblables à de l'eau teinte en jaune depuis vingt-quatre heures; toux légère; pouls fréquent, développé; peau chaude et sèche. (*Trente sangsues à l'anus, tisane d'orge édulcorée, diète.*)

1er juin, les taches s'étaient multipliées sur l'abdomen et s'étaient étendues à la poitrine; l'air de stupeur avait augmenté; la langue était brunâtre à son centre et très-sèche; une seule selle liquide avait eu lieu; la fièvre persistait; le pouls se déprimait plus facilement; la peau conservait sa sécheresse. (*Tisane d'orge gommée.*) 2 et 3 juin, pas de changement.

Dans la soirée du 3 juin (vingt-unième jour à compter de l'époque à laquelle avait commencé la diarrhée), une sueur abondante s'établit, elle continua une partie de la nuit.

Dans la matinée du 4, le malade était sensiblement mieux. La langue était humide; les traces pétéchiales étaient presque entièrement effacées; les traits de la face avaient une expression plus naturelle; le pouls était à peine fréquent; le dévoiement avait augmenté (trois selles). Les sueurs reparurent le soir et durèrent toute la nuit.

---

augmenté par l'eau de gomme, et cède à une infusion de camomille, à la gentiane, à l'eau de Seltz, à la glace, etc., j'admettrai, non par théorie, mais par expérience, que dans l'estomac, comme dans beaucoup d'autres organes, un trouble identique de fonctions n'annonce pas une maladie identique. Et dès lors quoi de plus absurde que de rapporter toute dyspepsie à une irritation gastrique? Une saine physiologie aurait repoussé cette assertion, quand même les résultats thérapeutiques ne l'eussent pas démentie.

3 juin, apyrexie, cessation de la diarrhée. (*Deux bouillons.*) Convalescence les jours suivants.

Dans ce cas encore, l'apparition des sueurs coïncida avec la terminaison heureuse de la maladie. Au milieu de l'amélioration générale qui succéda à l'apparition de ces sueurs, nous remarquons une légère augmentation de la diarrhée. Les anciens auraient regardé cette circonstance comme favorable; ils eussent dit que la crise s'opérait à la fois et par les sueurs et par les selles; ils eussent même donné de doux laxatifs pour entretenir le cours de ventre.

Au moment où le malade entra à l'hôpital, les épistaxis des jours précédents, la stupeur, les pétéchies, semblaient annoncer une affection typhoïde grave. Les pétéchies persistèrent et même s'étendirent tant que la maladie tendit à s'accroître; elles disparurent en même temps que la sueur s'établit.

L'application des sangsues à l'anus, faite le premier jour, parut peu avantageuse, si même elle ne fut pas nuisible. Il est du moins certain que cette émission sanguine fut suivie d'une exacerbation manifeste de tous les symptômes; la diarrhée seule se modéra. Ainsi, c'est aux deux époques les moins graves de la maladie que le cours de ventre fut le plus abondant.

Les jours suivants, on s'abstint de toute médecine active; abandonnée aux seuls efforts de la nature, la maladie marcha d'elle-même vers une terminaison heureuse; et nous vîmes ses symptômes disparaître, en même temps que la peau se couvrit d'une sueur abondante.

CXXXe OBSERVATION.

Au début frisson intense suivi de chaleur et de sueur; point de côté; délire, pétéchies; prostation. Dans les premiers jours, sangsues à l'épigastre.

Un maçon, âgé de dix-neuf ans, à Paris depuis deux ans, d'une assez faible constitution, s'était couché très-bien portant le 21 juin. Il n'avait fait rien d'insolite dans la journée. Le 22, en se levant, il sentit de la céphalalgie, un malaise général et une grande lassitude. Il alla cependant travailler comme à son ordinaire; mais bientôt un violent frisson l'obligea de suspendre ses occupations; il se mit au lit: au frisson succéda une chaleur brûlante, toute la nuit il sua abondamment. Les cinq jours suivants, il fut, dit-il, presque continuellement en sueur. Il avait perdu complétement l'appétit, ne vomissait pas, était constipé. Il avait aussi une toux légère. Le 25, il eut des sangsues à l'épigastre. Entré à la Charité dans la soirée du 23 juin, il disait ressentir depuis quelques heures seulement, au-dessous du téton gauche, une vive douleur que la pression augmentait. La respiration était gênée; il y avait beaucoup de fièvre. Une saignée de trois palettes fut pratiquée. Le sang se couvrit d'une couenne épaisse. Pendant la nuit le malade délira. Dans la matinée du 28, il n'offrait plus cet état d'excitation générale qu'il avait présenté la veille au soir; le point de côté avait disparu; la respiration était calme; la toux peu fréquente, les crachats sans caractères; la fréquence du pouls était médiocre; mais ce qu'il y avait surtout de remarquable, c'était l'affaissement des traits porté à un haut degré, une faiblesse générale telle, que le moindre changement de position était très-pénible. La langue était un peu chargée, la bouche pâteuse, les lèvres et les dents sèches, le

ventre indolent; il n'y avait pas de selles depuis deux jours. La peau était sans chaleur; plusieurs taches rosées, de la grandeur d'une piqûre de puce, et légèrement saillantes, étaient disséminées sur la poitrine. (*Violette oxymélée, lavement émollient, trois bouillons.*) Aucune selle n'eut lieu malgré le lavement. Le soir, sueur abondante; la nuit, réapparition du délire.

Le 29, expression de la face plus naturelle; intégrité de l'intelligence; apyrexie complète. Dès ce moment, aucun accident fâcheux ne survint; la convalescence fut courte, et le malade quitta l'hôpital le 10 juillet.

Quelques circonstances de cette maladie ne sont pas sans intérêt.

Le début fut celui d'une fièvre intermittente. Toutefois, tandis que dans celle-ci le frisson survient le plus ordinairement au milieu d'un parfait état de santé, il avait été ici précédé par un malaise général et par des lassitudes spontanées. La fièvre persista les jours suivants, sans autre symptôme local que de l'anorexie et une toux légère. Cependant, le sixième jour, les accidents deviennent plus prononcés du côté de la poitrine, et une pleuro-pneumonie semble imminente. Une saignée est pratiquée; les symptômes de phlegmasie pulmonaire disparaissent, et le délire, qui survient pendant la nuit, annonce que le cerveau, à son tour, est devenu le siége spécial de l'irritation. Dès le lendemain, tout signe de phlegmasie a cessé; il a à peine de la fièvre, et nous sommes surtout frappés par les symptômes d'une forte prostration avec apparition de pétéchies. Le pronostic nous semble très-défavorable. Le retour du délire, la nuit suivante, confirme nos craintes; mais heureusement elles ne sont pas justifiées; le surlen-

demain la prostration n'existe plus, les taches ont disparu, la fièvre a complétement cessé, et le malade entre en convalescence (1). Comment saisir dans cette succession rapide de symptômes la marche d'une maladie telle qu'on la trouve décrite dans les livres?

CXXXIe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. A l'époque de l'entrée, dévoiement, symptômes de fièvre inflammatoire; langue rouge. Plus tard, symptômes adynamiques; langue noire. Double évacuation par la peau et par la muqueuse aérienne, coïncidant avec une amélioration notable. Saignée; vésicatoires; poudre de Dower.

Un maçon, âgé de dix-sept ans, cheveux noirs, peau brune, muscles développés, habitant Paris depuis six mois, avait eu de temps en temps la diarrhée depuis son arrivée. Depuis quatre jours le dévoiement avait reparu; pour l'arrêter, le malade but du vin chaud sucré, qu'il vomit. Lors de son entrée, le 28 octobre, la face était rouge, les yeux animés, la langue d'un rouge vif et un peu sèche; une soif ardente le tourmentait; la pression faisait naître une douleur légère autour de l'ombilic, et plus vive à la région iliaque droite; le pouls était fréquent et de force ordinaire, la peau sèche et chaude. (*Tisanes adoucissantes, lavement de guimauve.*)

---

(1) Que fût-il arrivé si, pour combattre et cet affaissement et ce délire, on eût employé les émissions sanguines? A mon avis, elles n'auraient fait très-vraisemblablement qu'augmenter ces symptômes, ainsi que nous l'avons vu de la manière la plus manifeste chez plusieurs autres malades dont il est question dans ce volume. Remarquons d'ailleurs que pendant l'existence de ces symptômes un peu de bouillon fut accordé.

Le 1er novembre, neuvième jour, traits abattus, découragement, ventre ballonné, douloureux à la pression, langue rouge, visqueuse, huit à dix selles, comme les jours précédents, pouls facilement déprimable. (*Frictions avec le liniment sur les membres, vésicatoires aux jambes.*)

Dans la soirée, le malade sua un peu pour la première fois, sans qu'aucune amélioration fût observée dans son état. Cependant, dans le but de favoriser ce mouvement critique, M. Lerminier prescrivit dix grains de poudre de Dower en deux doses; cette poudre fut continuée les jours suivants. Elle était donnée tous les soirs, et chaque nuit le malade avait des sueurs abondantes; la dose en fut portée assez rapidement jusqu'à vingt grains en plusieurs paquets. Les frictions étaient continuées et les vésicatoires entretenus. Cependant les symptômes s'aggravaient, les forces diminuaient sensiblement, la langue noircissait, la douleur, le ballonnement du ventre et le dévoiement persistaient.

Le treizième jour, léger trouble des idées. Le quatorzième, intelligente nette, pouls petit et d'une irrégularité remarquable. Le quinzième, un ver fut vomi. Le seizième, apparurent des crachats épais, puriformes, abondants; toux légère. Les symptômes, qui jusqu'alors étaient devenus chaque jour de plus en plus fâcheux, s'étaient amendés : langue humide, ventre souple, pouls plus régulier, aspect de la face plus naturel, mouvements plus libres.

Le dix-septième jour, l'amélioration continuait; le dévoiement était modéré, l'expectoration persistait, elle se montra encore les quatre jours suivants. Pendant tout ce temps, le malade sua à peine, bien que la poudre de Dower fût continuée.

Dans la nuit du vingt au vingt-deuxième jour, une sueur très-abondante survint. Le matin, le malade était bien, le pouls était très-régulier, l'expectoration avait cessé.

Les jours suivants les forces se rétablirent rapidement, et le malade ne tarda pas à entrer en convalescence. Cependant le pouls ne perdit son irrégularité que vers la fin de novembre.

Ce malade nous offre des symptômes plus graves qu'aucun des précédents. Remarquons les diarrhées fréquentes auxquelles il avait été sujet depuis son arrivée à Paris. Ce fut aussi par une diarrhée que débuta l'affection pour laquelle il entra à la Charité. A l'époque de son entrée, il existait une réaction générale, qui fut combattue par une saignée; aucun amendement ne suivit l'émission sanguine. A cette période de réaction succéda une période d'affaissement; puis une sueur abondante s'établit spontanément vers la fin du neuvième jour; elle continua les jours suivants. Fut-elle favorisée par la poudre de Dower? Nous en doutons, en nous rappelant combien de fois nous avons vu l'administration de cette poudre n'être suivie d'aucune sueur. Cependant, malgré le mouvement établi vers la peau, les symptômes s'aggravèrent jusqu'au seizième jour. Alors se montrèrent des crachats puriformes dont l'apparition coïncida avec un amendement très-marqué de tous les symptômes. Cette expectoration, que les anciens eussent appelée critique, persista les quatre jours suivants. Pendant ce temps, les sueurs diminuèrent notablement, bien que la poudre de Dower fût continuée; les anciens eussent dit que le mouvement critique avait abandonné la peau pour s'opérer sur la muqueuse bronchique.

Le vingt-unième jour, les sueurs reparurent, et cette fois un amendement très-marqué les suivit.

Nous appellerons encore l'attention sur la persistance de

l'irrégularité du pouls pendant la convalescence, comme sur un phénomène assez rare.

CXXXII^e OBSERVATION.

Au début, symptômes de fièvre inflammatoire; langue rouge, constipation, etc. Plus tard, symptômes adynamiques, stupeur, langue sèche, etc. Amélioration passagère le quatorzième jour à la suite d'une sueur. Deuxième sueur le dix-huitième jour, suivie d'un amendement durable. Saignée; sangsues à l'anus et au cou; vésicatoires; à l'intérieur, poudre de Dower, calomélas, un peu de vin. Dans la convalescence, symptômes d'embarras gastrique combattus par l'ipécacuanha.

Un vannier, âgé de vingt-deux ans, à Paris depuis deux ans, se nourrissait bien, et n'avait commis aucun excès; il ressentit, dans la journée du 28 février, un malaise général et des frissons vagues. Le lendemain, le malaise de la veille augmenta; jusqu'au 4 mars il garda la chambre et ne prit que quelques bouillons et des tisanes. Entré à la Charité le 5 mars, il présenta l'état suivant:

Forte céphalalgie sus-orbitaire, face rouge, yeux appesantis, accablement général, pouls fréquent et dur, peau chaude et sèche, langue rouge à la pointe, bouche amère, soif vive, légère tension du ventre, qui est un peu douloureux par la pression autour de l'ombilic; une selle bien liée tous les deux jours depuis le début de la maladie.

Chez ce malade, l'estomac et l'intestin grêle étaient évidemment le siége d'une phlegmasie encore peu intense; elle s'annonçait par l'ensemble des symptômes de la fièvre inflammatoire de Pinel. (*Saignée de quatre palettes, tisane de violette et de bourrache, diète sévère.*) Le sang présenta un large caillot sans couenne; sueur dans la soirée pour la première fois (du sixième au septième jour).

Dans la matinée du 6, même état. (*Vingt-quatre sangsues à l'anus, lavement émollient.*)

Du 6 au 11, persistance de la fièvre.

Le 11, sans cause connue, l'état du malade avait empiré d'une manière remarquable : idées confuses, réponses pénibles, commencement de stupeur, grande pâleur, langue sèche, pouls très-fréquent, conservant de la force. Le trouble des facultés intellectuelles, l'expression particulière des traits de la face, firent croire au début d'une affection cérébrale; elle fut combattue par l'application de huit sangsues sur chaque côté du cou.

Le 12, l'intelligence avait repris sa netteté, la face avait une expression plus naturelle; mais la langue, les dents et les lèvres étaient sèches et encroûtées, le pouls était devenu très-facilement déprimable, le malade ne paraissait plus être en état de supporter de nouvelles émissions sanguines. Opérer une révulsion vers les extrémités inférieures, et soutenir doucement les forces, telles parurent être les indications les plus urgentes à remplir. (*Vésicatoires aux jambes, limonade minérale.*)

Dans la nuit du 12 au 13, une sueur générale très-abondante s'établit; elle persistait dans la matinée du 13 (quatorzième jour). L'abdomen était couvert de nombreux *sudamina.* Une amélioration sensible avait eu lieu; les forces étaient relevées; mais la fièvre persistait, la langue conservait sa sécheresse. (*Douze grains de poudre de Dower.*)

Les sueurs cessèrent dans l'après-midi.

Le 14, l'amélioration de la veille n'existait plus; le ventre s'était météorisé. (*Embrocations d'huile de camomille camphrée, douze grains de calomélas en trois paquets.*) Deux selles eurent lieu dans les vingt-quatre heures.

Aucun changement ne survint jusqu'au 17. (*Tisanes dé-*

layantes, un peu de bouillon, quelques cuillerées de vin.) Ce jour-là (dix-huitième de la maladie), sueur générale, qu'aucun médicament n'avait provoquée.

A dater de cette époque, la langue s'humecta, les forces se relevèrent rapidement, la fréquence du pouls diminua : on donna de temps en temps un peu de calomélas pour vaincre la constipation; on accordait au malade quelques crêmes de riz et un peu de vin. Il semblait sur le point d'entrer en convalescence, lorsque le 26 un écart de régime aggrava de nouveau son état; mais une diète sévère fit bientôt disparaître cette fâcheuse recrudescence.

Le 4 avril, apyrexie complète; le malade éprouvait quelques symptômes d'embarras gastrique, tels que langue sale, bouche amère, rapports nidoreux, etc. Ces symptômes cédèrent à l'administration de six grains d'ipécacuanha; les forces et l'embonpoint ne revinrent que lentement, et ce rétablissement tardif ne permit au malade de quitter l'hôpital qu'au commencement du mois de mai.

Deux périodes bien tranchées peuvent être étudiées dans cette maladie : dans la première, existe cet état de réaction générale qu'on a appelée fièvre inflammatoire. Les symptômes que présente cette période ne s'amendent point sous l'influence d'une double émission sanguine, et c'est immédiatement après que des sangsues ont été appliquées que commence la seconde période, caractérisée par une apparence d'état adynamique. Cependant on revient encore à une troisième émission sanguine. Après l'application de quelques sangsues au cou, l'intelligence reprend, à la vérité, plus de netteté, mais les autres symptômes persistent, et quelques-uns s'aggravent. Divers moyens sont alors tentés. (*Vésicatoi-*

res, poudre de Dower, calomélas à dose purgative.) Aucun changement n'a lieu : le malade prend un peu de bouillon et de vin. Enfin, en même temps que s'établit spontanément une sueur abondante, on observe une amélioration franche, qui augmente les jours suivants.

Les sueurs eurent lieu chez cet individu à trois différentes époques de la maladie, le septième, le quatorzième et le dix-huitième jour. La sueur du septième jour ne fut suivie d'aucun soulagement. Celle du quatorzième jour fut précédée des symptômes les plus graves, et accompagnée d'une amélioration qui ne fut malheureusement que passagère. La sueur du dix-huitième jour coïncida, comme la précédente, avec un amendement sensible des symptômes; mais cet amendement fut durable, et dès lors la maladie marcha vers une terminaison heureuse.

CXXXIII^e OBSERVATION (1).

Symptômes de fièvre ataxique. Délire dès le début : alternatives d'excitation forte et de prostration profonde ; de paralysie et de contraction des membres ; d'abolition de la sensibilité et de son exaltation ; langue rouge et sèche, diarrhée par intervalles ; parotide. Application de deux cent dix sangsues en onze jours; bains tièdes; réfrigérants sur la tête; sinapismes; boissons délayantes.

Angélique Guichard, âgée de vingt-trois ans, fille, demeurant passage de la Trinité, n° 57, et travaillant chez un doreur sur bois, fut reçue, le 10 septembre 1828, à l'hôpital de la Charité.

---

(1) Recueillie par M. Dalmas, dans les salles de M. Fouquier, pendant que nous y faisions le service.

Cette fille, d'une taille au-dessus de la moyenne, bien conformée, brune et d'un embonpoint médiocre, était hors d'état de rien nous apprendre sur les circonstances antécédentes; les personnes qui l'amenaient ne les connaissaient pas, de sorte que les causes qui pouvaient avoir agi sur elle restèrent ignorées; plus tard, on sut qu'elle était à Paris depuis onze ans, qu'elle était habituellement bien réglée, que, vivant et travaillant dans un bon air, elle ne manquait d'aucune des choses nécessaires à la vie.

Dès le début, il paraît y avoir eu perte de connaissance ou délire, car la malade ne se rappelle aucun des médicaments qui lui ont été administrés pendant qu'elle était chez elle. Cependant elle avait été saignée, et on lui avait appliqué des sangsues et des vésicatoires.

Le 11 septembre, à la visite du matin, elle présentait les symptômes suivants: coucher en supination; affaissement moral; réponses à peu près nulles; inertie musculaire; assise sur son séant, elle retombe en arrière; les pupilles sont égales, mais petites; paupières à demi fermées; peau chaude; moiteur générale; pouls fréquent et large; langue rouge, un peu sèche; ventre indolent; point de selles depuis l'admission dans la salle. (*Trente sangsues à l'épigastre; orge gommée, lavement émollient; diète absolue.*)

Le 12, la malade entend assez ce qu'on lui dit pour donner le bras quand on le lui demande, mais elle ne peut le soutenir quand on le lâche. Le regard est fixe et le visage sans expression: soubresauts dans les tendons; on remarque, en pinçant la peau, que la malade ne paraît point le sentir, et cela d'un côté comme de l'autre. Le pouls est petit, moins fréquent que la veille; même état de la langue et du ventre, plusieurs selles ont eu lieu pendant la nuit. (*Trente sangsues à l'épigastre; eau d'orge et de gomme; lavement de pavot.*)

Le 13, somnolence et prostration complète; couleur terne du visage : la flexion forcée des membres paraît douloureuse; même insensibilité cutanée; le pouls a perdu sa fréquence et paraît tombé à soixante-quinze ou soixante-dix pulsations; la chaleur générale a aussi beaucoup diminué, excepté sur l'abdomen, qui est cependant insensible à une pression modérée. Dans la journée, contracture du bras droit. (*Deux bains tièdes, avec affusion d'eau froide, application de glace sur la tête; dans l'intervalle, sinapismes aux extrémites inférieures, même boisson; des sangsues sur le trajet des veines jugulaires sont ordonnées, mais elles ne sont point appliquées.*)

Le 14, même état; contracture très-prononcée des deux bras. (*Quinze sangsues de chaque côte du cou, le reste* ut suprà.)

Le 15, la contracture n'a plus lieu que dans le bras droit, les soubresauts des tendons ont cessé. (*Même prescription, moins les sangsues.*)

Le 16, la sensibilité cutanée est rétablie, avec excès même, car le moindre contact est douloureux; la langue est toujours sèche, la malade la sort mieux, et son bras, soulevé, ne retombe plus comme une masse inerte; il n'y a plus ni contracture ni soubresauts. (*Quarante sangsues, vingt au cou, vingt à l'abdomen; orge gommée; deux bains tièdes; affusion froide; cataplasmes sinapisés.*)

Le 17, l'amendement est encore plus marqué, le visage a repris de l'expression, la malade entend et répond bien : elle se couche sur le côté, et se plaint d'une excoriation au sacrum; elle se plaint aussi de quelques coliques; le ventre est sensible à la pression; depuis quatre jours, il n'y a point de garde robes; langue toujours sèche, soif vive; peau chaude et sèche, pouls

petit et fréquent. (*Quinze sangsues sur le trajet de chaque jugulaire; deux bains; affusion.*)

Le 18, le visage est net, l'œil bien ouvert; les facultés intellectuelles entièrement rétablies; mouvements et sensibilité naturels; de ce côté tout prend une bonne marche, les autres symptômes, au contraire, persistent: la langue toujours rouge et sèche, constipation, coliques, fièvre, maigreur considérable. (*Orge miellée, deux bains, lavement avec huile d'amandes douces, cataplasme sur le ventre; toujours diète absolue.*)

Le 19, même état. (*Lavement avec miel de mercuriale.*)

Jusqu'au 22, rien de nouveau. On s'aperçoit alors que les piqûres de sangsues ont donné lieu à la formation de quelques petits abcès. Le ventre est toujours sensible; les garderobes difficiles. (*Vingt-cinq sangsues sur la region iléo-cœcale; on les repète le lendemain.*)

Le 30, l'état de la malade est toujours inquiétant, la fièvre persiste. L'abdomen reste insensible; il y a des alternatives de diarrhée et de constipation; sécheresse constante de la peau. Cependant l'excoriation du sacrum guérit rapidement, et les facultés intellectuelles sont intactes. La malade se plaint de ne pouvoir dormir. (*Orge gommée, potion gommée, embrocations narcotiques sur l'abdomen.*)

Le 1er octobre, apparition d'une parotide volumineuse à gauche, côté voisin de la fenêtre. Cette tuméfaction considérable du tissu cellulaire sous-cutané et des glandes cervicales est douloureuse et chaude; les mouvements du cou, du pharynx et de la mâchoire en sont empêchés. Regardant cette parotide comme un accident fâcheux, M. Andral cherche à en arrêter sur-le-champ les progrès, et il prescrit *vingt-cinq sangsues sur la tumeur, frictions sur le ventre avec*

huile de camomille, demi-lavement avec une once de miel de mercuriale.)

Les jours suivants, application de cataplasmes sur la tumeur.

Sous l'influence de cette médication, une amélioration notable se fait bientôt remarquer; peu à peu la langue s'humecte, le pouls revient tout-à-fait à son rhythme ordinaire; l'engorgement parotidien se résout et a presque entièrement disparu le 7 octobre.

Le 8, la malade, dont l'appétit est revenu, obtient trois vermicelles par jour.

Le 23, elle est assez forte pour se lever, et mange le quart. Enfin le 30, elle est complétement guérie et se dispose à quitter l'hôpital.

Peu de malades nous ont offert des symptômes cérébraux aussi intenses, aussi nombreux et aussi variés que cette jeune fille. Ces symptômes existèrent à un haut degré dès le début de l'affection; ils furent toujours beaucoup plus marqués que les symptômes gastro-intestinaux, à tel point qu'on pourrait ici douter qu'il y ait eu réellement dothinentérite ou autre lésion du tube digestif. Quelques coliques passagères, une diarrhée qui n'est pas constante, et qui ne survient qu'à une époque avancée de la maladie, précédée qu'elle a été par une forte constipation, tels sont les seuls signes qui annoncent l'irritation intestinale. La langue fut rouge et sèche; mais dans plusieurs observations où la maladie s'est terminée par la mort, n'avons-nous pas vu la langue présenter ce même aspect, sans qu'à l'ouverture des cadavres on trouvât dans l'estomac, non plus que dans les intestins, aucune trace de lésion? Toutefois, nous n'oublierons pas que, dans ces mêmes

cas où la maladie fut mortelle, il n'y eut souvent pendant la vie pas plus de traces de lésion des voies digestives que dans le cas actuel, et cependant à l'autopsie, nous rencontrions dans l'intestin des plaques exanthémateuses, des ulcérations, etc. Du reste, ce fut au moment où les symptômes cérébraux perdirent de leur intensité, que se dessinèrent d'une manière plus nette le petit nombre de signes qui indiquaient une irritation de l'intestin.

Parmi les symptômes nerveux, nous ferons remarquer la grande inertie musculaire qui existait à l'époque de l'entrée de la malade, l'abolition de la sensibilité cutanée, et plus tard sa vive exaltation, la contracture passagère des membres thoraciques, les soubresauts dans les tendons, le délire qui exista dès le principe, et disparut, ainsi que les autres accidents nerveux, lorsque la langue était encore rouge et sèche, et que le mouvement fébrile ne s'était point amendé.

Remarquons, du reste, que la langue ne devint pas un seul instant fuligineuse, et qu'on n'observa aucune pétéchie; remarquons surtout que l'excoriation qui eut lieu à la peau du sacrum resta légère, et ne se transforma point, comme chez tant d'autres malades, en une large escarre.

Il faut bien ne pas perdre de vue toutes ces circonstances pour pouvoir apprécier l'influence que dut exercer sur la marche de la maladie, sur sa terminaison, sur ses symptômes, le traitement antiphlogistique très-actif qui fut mis en usage. Chaque lésion prédominante d'organe fut en quelque sorte poursuivie par des applications de sangsues faites tour-à-tour au cou, à l'épigastre, à la région iléo-cœcale, et enfin sur l'une des régions parotidiennes, lorsque, vers la fin de la maladie, son engorgement, loin de pouvoir être considéré comme une crise salutaire, nous fit craindre la reproduction par sympathie des accidents cérébraux. La médication fut d'ailleurs anti-

phlogistique dans tous ses points; plusieurs fois nous fîmes plonger la malade dans un bain tiède, des réfrigérants furent long-temps maintenus sur le crâne, aucun vésicatoire ne fut appliqué, et les extrémités inférieures ne furent stimulées que par des sinapismes. A l'intérieur, de simples délayants furent donnés, et l'on ne permit un peu de bouillon qu'après le retour de la langue à son état naturel, et la disparition complète du dévoiement et de la fièvre. Cette diète fut maintenue tant que l'engorgement parotidien persista.

ARTICLE IV.

TRAITEMENT PAR LES TONIQUES (1).

CXXXIVe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Symptômes adynamiques; stupeur; langue rouge et sèche; pétéchies. Quinquina; vin. Amélioration pendant l'emploi de ces moyens.

Un maçon, âgé de dix-huit ans, chairs flasques, constitution molle, à Paris depuis cinq mois et s'y étant toujours bien

---

(1) En comparant les observations consignées dans cet article avec celles consignées plus haut, dans lesquelles, pendant l'administration d'un traitement également tonique, la maladie s'est terminée par la mort, on voit que par ces seules observations il n'est guère possible de juger en définitive soit de l'utilité, soit du danger de ce genre de médication : pour cela, il faudrait des observations bien autrement nombreuses, et faites spécialement dans le but d'apprécier l'efficacité des diverses méthodes thérapeutiques. Dans ce genre de

nourri, est mal portant depuis un mois. Il éprouva d'abord pendant quinze jours un malaise général, des douleurs abdominales passagères, puis il cessa de travailler. Il eut encore assez de force pour venir à pied à l'hôpital. La langue était rouge, tendant un peu à se sécher, la soif modérée; les selles étaient régulières, le ventre souple, indolent; le pouls fréquent et faible; la peau chaude et sèche. Quelques taches pâles, lenticulaires, existaient sur l'abdomen. (*Tisane d'orge gommée.*)

Pendant les quatre ou cinq jours suivants ce malade s'affaissa beaucoup; un air de stupeur très-prononcé se répandit sur toute la face, qui était d'une pâleur extrême; la peau avait peu de chaleur; les fonctions digestives restaient dans le même état. Deux vésicatoires furent appliqués aux jambes.

Le 8 août, sept jours après l'entrée du malade, on prescrivit une demi-once d'extrait mou de quinquina, délayée dans la potion gommeuse de la Charité; une tasse de vin, un lavement de camomille.

Le même traitement fut continué jusqu'au 14. Pendant ce temps nous vîmes les forces se relever, la physionomie reprendre un bon aspect, et le pouls perdre peu à peu sa fréquence; la langue ne rougit pas davantage; le nombre des selles ne fut point augmenté.

---

recherches il faut qu'un fait se soit bien des fois répété pour pouvoir en conclure quelque chose. Sans cela, toujours on pourra dire que nos succès comme nos revers sont l'œuvre de la nature, qui guérit ou qui tue, indépendamment de notre médication.

Les observations qu'on va lire, et qu'il faudra comparer avec celles relatives aux cas où, la même médication ayant été employée, la maladie a été mortelle, ne peuvent donc avoir d'autre but que de montrer ce qui est arrivé à un certain nombre de malades traités par les toniques.

Le 14, le malade était convalescent, l'on apercevait encore trois ou quatre pétéchies. Le quinquina fut supprimé; le rétablissement fut prompt.

Un état de malaise assez long, intermédiaire entre la santé et la maladie, servit en quelque sorte de prodrôme à cette affection. Lorsque le malade se présenta à notre examen, l'état de débilité profonde dans lequel il était déjà plongé devait faire craindre, quel que fût le point de départ de la prostration, qu'un état encore plus grave ne suivît une émission sanguine. M. Lerminier crut devoir se borner d'abord à une médecine expectante; cependant la prostration augmenta de jour en jour: deux vésicatoires appliqués aux jambes furent sans résultat: ce fut alors que, malgré la rougeur de la langue et ayant égard surtout à la stupeur, au teint pâle et livide, au défaut de chaleur de la peau, à la faiblesse du pouls, à la couleur livide des pétéchies, M. Lerminier tenta l'emploi d'une médication tonique assez active. Nous avons vu quelle amélioration coïncida avec l'emploi de cette médication.

Les pétéchies ne s'effacèrent que peu à peu; quelques-unes existaient encore à l'époque de la convalescence.

CXXXVe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Au début, céphalalgie, symptômes de fièvre dite inflammatoire: plus tard, symptômes nerveux; stupeur; selles involontaires; pétéchies. Au principe, émissions sanguines, et diète; puis quinquina et bouillons; amélioration pendant l'emploi de ces moyens.

Un menuisier, âgé de vingt-deux ans, n'habitant Paris que depuis trois mois, cheveux châtains, peau blanche, muscles

grêles, ressentit, sans cause connue, le 16 juillet, un grand mal de tête. Les jours suivants, persistance de la céphalalgie, douleur à l'épigastre, perte d'appétit, nausées, frissons passagers, toux légère, mal de gorge, constipation. Il resta dans cet état intermédiaire entre la santé et la maladie jusqu'au 22; il garda le repos, et observa une diète assez sévère. Il entra le 22 à la Charité.

A la visite du 23, la face était colorée, les yeux brillants et injectés; les paupières, appesanties, se soulevaient avec peine; une violente céphalalgie frontale, des étourdissements, des tintements d'oreille, annonçaient un afflux considérable de sang vers le cerveau; un enduit blanchâtre, épais, couvrait la langue; l'anorexie était complète et la soif peu vive. L'abdomen était le siége d'une douleur générale qui augmentait par l'ingestion des boissons. — La veille, il y avait eu une selle pour la première fois depuis six jours; le pouls était fréquent et plein, la peau chaude, halitueuse; une toux légère existait.

Cet ensemble de symptômes inflammatoires était assez fortement prononcé pour qu'une émission sanguine fût indiquée. (*Saignée de trois palettes, petit-lait tamariné, lavement émollient, diète absolue.*) Le sang tiré de la veine se rassembla en un large caillot sans couenne.

Les trois jours suivants, il n'y eut aucun changement sensible; une selle toutes les vingt-quatre heures.

Dans la nuit du 26 au 27, plusieurs selles liquides eurent lieu précédées de légères coliques. Le 27, le ventre était un peu ballonné et douloureux; la toux, très-légère les jours précédents, était devenue plus forte et plus fréquente; la respiration était courte, la parole un peu haletante; l'expectoration était purement catarrhale; l'auscultation et la percussion n'apprenaient rien; la chaleur de la peau était peu considérable, et la fréquence du pouls médiocre; quelques taches ar-

rondies, lenticulaires, d'une couleur assez analogue à celle de la rouille de fer, paraissant un peu saillantes au toucher, étaient éparses sur le thorax et sur l'abdomen. (*Douze sangsues à l'anus, tisane d'orge, potion gommeuse.*)

Le lendemain, la respiration était plus libre, la toux plus rare; la douleur abdominale avait disparu après l'application des sangsues; les taches s'étaient multipliées, la soif était vive, les lèvres se séchaient; dix à douze selles avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures.

Le 29, la langue rougissait, pour la première fois, sur les bords et à la pointe; le pouls, très-fréquent, présentait comme deux temps à chaque battement. (*Douze sangsues à l'anus.*)

Le 30, le malade avait un air soucieux et distrait; ses yeux paraissaient peu en rapport avec les objets environnants; la mâchoire inférieure exécutait de temps en temps des mouvements latéraux. Lorsqu'on interrogeait le malade, l'on observait une mobilité extrême dans ses idées; il semblait être dans un état voisin du délire. Il avait eu deux ou trois selles involontaires; la langue avait repris un aspect entièrement naturel; les taches, confluentes sur le thorax et sur l'abdomen, s'étaient étendues au cou et aux bras. (*Deux vésicatoires aux jambes, tisane d'orge, lavement émollient, un bouillon.*)

Le 31, les facultés intellectuelles avaient repris leur netteté; cependant l'air distrait persistait; du reste, même état.

Le 1er août, air de stupeur, diminution de la diarrhée; dans la journée, le malade parla souvent tout seul, et tint des propos incohérents; la peau brûlante restait constamment sèche.

Le 2 août, augmentation de la stupeur, idées très-obtuses, perte de mémoire, parole embarrassée, comme si la langue

était sèche; cependant elle était humide, vermeille comme dans l'état de santé; trois ou quatre selles liquides, peu abondantes, avaient eu lieu; le pouls se déprimait facilement; il conservait d'ailleurs le même caractère. L'éruption confluente couvrait l'abdomen, le thorax et le cou; il n'y avait plus de taches aux bras. (*Continuation des tisanes délayantes.*)

Du 3 au 6, la stupeur, l'affaissement des traits, l'affaiblissement de l'intelligence firent de sensibles progrès; les autres symptômes restèrent les mêmes.

Le 7, le malade prit, pour la première fois, une demi-once d'extrait de quinquina dans une potion gommeuse.

8 et 9, même état, même prescription.

Le 10, une pinte d'infusion aqueuse de quinquina fut ajoutée à la prescription, trois bouillons.

Du 10 au 13, le dévoiement cessa, une selle dure eut lieu toutes les vingt-quatre heures; la langue avait le plus bel aspect, le ventre était souple et indolent; les facultés intellectuelles reprirent leur énergie, l'air de stupeur disparut, les taches s'effacèrent, et, là où elles avaient existé, l'on observait une désquamation de l'épiderme; le pouls devint moins fréquent. Cet heureux changement eut lieu pendant l'administration des toniques.

Le 14, le pouls avait perdu entièrement sa fréquence, et la peau sa chaleur. Dès ce moment le malade put être regardé comme étant en convalescence. L'extrait de quinquina fut supprimé; mais son infusion aqueuse fut continuée encore pendant huit à dix jours. Le malade quitta l'hôpital, très-bien portant, le 1er septembre.

Cette observation fournit un exemple d'une éruption pétéchiale très-confluente et très-étendue; rarement on en ren-

contre de semblables. Elle apparut en même temps que les symptômes ataxo-adynamiques, et se flétrit à mesure que ceux-ci diminuèrent. La desquamation de l'épiderme, qui marqua la fin de cette éruption, lui donne quelque trait d'analogie avec la rougeole ou la scarlatine.

Lorsque le malade entra à la Charité, il eût été bien difficile, je pense, de dire d'une manière positive si un organe était en particulier plus lésé que les autres. Il semblait que l'encéphale, les poumons, les viscères abdominaux, fussent tous en quelque sorte dans l'imminence de l'inflammation. Au milieu de ce bouleversement général de toute l'économie, le sentiment de la faim pouvait être sans doute anéanti sans que cette anorexie prouvât l'inflammation de l'estomac. Une émotion morale vive produit le même effet, et le dérangement du système nerveux l'explique suffisamment.

Quoi qu'il en soit, cet ensemble de symptômes inflammatoires fut combattu par une saignée générale. Trois jours se passèrent sans qu'aucun amendement eût lieu. Au bout de ce temps une diarrhée légère s'établit. Alors c'est vers les organes thoraciques qu'une congestion plus active tend à s'opérer, et en même temps des pétéchies apparaissent. Des sangsues sont appliquées à l'anus ; les symptômes de congestion pulmonaire disparaissent, mais le dévoiement devient plus abondant, et bientôt la langue rougit. Une deuxième application de sangsues est prescrite ; le lendemain la scène a changé. Ce sont surtout les symptômes nerveux qui prédominent, et la langue a repris un aspect naturel, qu'elle conserve jusqu'à la fin de la maladie. Mais ce retour de la langue à l'état normal n'empêche pas la maladie de s'aggraver de plus en plus. Combien est remarquable cette rapide succession de symptômes, et surtout ce singulier mélange d'excitation et de faiblesse ? Les accidents nerveux s'amendèrent à la suite de l'application

des vésicatoires aux jambes; mais bientôt ils reparurent avec plus d'intensité, et l'état ataxo-adynamique devint de plus en plus prononcé. Combattus par une médication tonique, les symptômes qui caractérisent cet état disparurent, pendant que le quinquina était administré, et en même temps aussi le dévoiement cessa.

CXXXVI^e OBSERVATION.

Céphalalgie; langue rouge: émétique. Les jours suivants, diarrhée, stupeur, etc. Langue blanche. Quinquina; amélioration pendant son emploi.

Un cordonnier, âgé de vingt-six ans, avait depuis huit jours une forte céphalalgie sus-orbitaire lorsqu'il entra à la Charité. La langue était rouge, la soif vive, le ventre indolent. Aucune selle n'avait eu lieu depuis six jours. Le pouls était fréquent et plein, la peau moite. Un simple traitement délayant paraissait être ici indiqué. Cependant M. Lerminier tenta l'administration d'un vomitif. (*Deux grains d'émétique dans une pinte d'eau de veau.*) Beaucoup de bile jaune fut vomie; six selles aqueuses eurent lieu. Le lendemain, nous trouvâmes la langue moins rouge; du reste même état. Le malade se plaignait beaucoup de sa céphalalgie. (*Tisane d'orge oxymélée, lavement de guimauve, deux bouillons.*)

Du 1er au 5 novembre, aucun changement notable n'eut lieu. Le 5, un léger dévoiement s'établit.

Le 6, la diarrhée avait augmenté. La face présentait un air de stupeur remarquable. L'intelligence était engourdie; les mouvements ne se faisaient qu'avec difficulté. Deux sinapismes furent appliqués aux extrémités inférieures.

Le 7 et le 8, accroissement de la prostration. Le pouls était

faible; le dévoiement s'était suspendu, la langue avait perdu sa rougeur, un léger enduit blanchâtre la recouvrait.

Le malade prit dans la journée une pinte d'infusion aqueuse de quinquina. Ce médicament fut continué jusqu'au 14. Alors les forces étaient relevées; l'intelligence était redevenue nette; l'on n'observait plus qu'une fièvre très-modérée. La langue avait pris une belle couleur vermeille; les selles étaient comme dans l'état de santé. Les jours suivants, convalescence.

Ce malade est du petit nombre de ceux chez lesquels nous avons vu la rougeur de la langue diminuer après l'administration d'un vomitif. Au bout de quelques jours, pendant lesquels le malade ne prit que quelques tisanes adoucissantes, cette rougeur disparut complétement; mais en même temps il survint de la diarrhée, et des symptômes adynamiques se déclarèrent (1). C'est alors que le quinquina fut donné; et nous vîmes, pendant qu'il était administré, la prostration disparaître, le dévoiement cesser, la fièvre diminuer.

CXXXVII^e OBSERVATION.

Au début, signes de congestion cérébrale avec fièvre; plus tard, prostration, pétéchies, langue brune, diarrhée; parotide. Sangsues; vésicatoires; quinquina, vin, etc.

Un ébéniste, âgé de soixante-treize ans, reçut une pluie

---

(1) Ce cas semble se rapprocher de ceux que nous avons signalés plus haut, et dans lesquels l'administration d'un vomitif, qui paraît être d'abord suivie d'un amendement de quelques symptômes, produit cependant dans le tube digestif un désordre que les symptômes ne révèlent qu'un peu plus tard.

abondante le 7 juin. Rentré chez lui, il se coucha et éprouva bientôt un grand frisson, qui fut suivi d'une forte chaleur. Les jours suivants, alternatives de froid et de chaud, anorexie, faiblesse générale. Le huitième jour, il entra à la Charité, et présenta l'état suivant:

Céphalalgie, face colorée, tendance à l'assoupissement, parole embarrassée; langue humide, blanchâtre; ventre souple et indolent, une selle; pouls fréquent. (*Huit sangsues derrière chaque oreille, sinapismes aux pieds, lavement de camomille avec addition de trois onces de miel mercurial. Tisane d'orge.*)

Le lendemain, 16 juin, même état. (*Vésicatoires aux jambes.*) Le 17, prostration plus grande, coma, réponses lentes, pénibles; même état des voies digestives, deux ou trois selles à la suite du lavement.

18. Air de stupeur très-prononcé; pétéchies sur la partie antérieure de la poitrine; langue humide, brunâtre, léger dévoiement; pouls petit et fréquent, peau chaude. (*Décoction de polygala gommée, limonade minérale, deux bouillons, sinapisme.*)

Du 19 au 21, même état. (*Une once de polygala et une demi-once de quinquina, pour une pinte de décoction; deux onces de vin de quinquina, eau d'orge, limonade minérale.*)

Du 21 au 27, on aperçut chaque jour une légère amélioration; les pétéchies disparurent, l'enduit brunâtre de la langue s'effaça; les facultés intellectuelles reprirent leur netteté; les traits de la face revinrent à leur état normal; le même traitement fut continué.

27. Apparition d'une parotide à droite. Le 28, elle avait acquis un grand développement. Elle était dure, sensible au toucher, la peau qui la couvrait était rouge. Alors la fièvre

augmenta, et la langue se sécha de nouveau. (*Cataplasme émollient sur la tumeur.*)

29. Rien de nouveau.

30. Délire dans la nuit.

Pendant les cinq premiers jours de juillet, la parotide acquit un volume énorme. En même temps prostration, sécheresse et couleur brune de la langue; pouls très-fréquent, misérable, peau peu chaude. (*Décoction d'une once de quinquina et d'une once de serpentaire de Virginie acidulée avec l'eau de Rabel, quatre onces de vin de quinquina, limonade minérale, deux tasses de vin, trois bouillons. Emplâtre de Vigo sur la tumeur.*)

Le 6, la tumeur s'ouvrit spontanément: beaucoup de pus s'écoula. Le 8, l'ouverture fut agrandie par une incision. Le 9 et le 10, la tumeur diminua rapidement de volume; la fièvre cessa. Des crachats formés d'un mucus verdâtre épais furent expectorés pour la première fois. (*Même prescription.*)

Les jours suivants, la suppuration se tarit peu à peu; les forces se relevèrent promptement, et le malade quitta l'hôpital très-bien portant, le 13 juillet.

Lorsque ce malade entra à la Charité, nous observâmes une forte congestion vers la tête que des émissions sanguines dissipèrent. Aucun autre symptôme local n'existait. Cependant des symptômes adynamiques survinrent. Les progrès en furent rapides, et le pronostic pouvait être considéré comme très-fâcheux, lorsque l'on commença à administrer les toniques. Pendant leur emploi une amélioration sensible eut lieu, et le malade touchait presque à sa convalescence, lorsqu'une énorme parotide se manifesta. Tant qu'elle s'accrut, l'on vit les symptômes adynamiques reparaître et augmenter avec elle.

Ces symptômes disparurent, et la fièvre cessa dès que la tumeur en pleine suppuration commença elle-même à diminuer. Une médication éminemment tonique fut continuée pendant tout ce temps. Au moment où le pouls perdit sa fréquence, l'on observa une expectoration abondante, que les anciens eussent regardée comme critique (1).

CXXXVIIIe OBSERVATION.

Au début anorexie et diarrhée. Stupeur; délire; langue rouge; pétéchies; application de sangsues : amendement. Réapparition des symptômes ataxo-adynamiques à la suite d'une erreur de régime : gangrène des vésicatoires; abcès; persistance de la diarrhée après la cessation de la fièvre. Toniques.

Un homme de trente-quatre ans, fortement constitué, à Paris depuis un an, se nourrissant bien, et ne se livrant à aucun excès, sentit un malaise général et perdit l'appétit le 18 avril 1822. Les jours suivants, augmentation du malaise, lassitudes spontanées, léger dévoiement.

Le 25 avril, jour de l'entrée du malade à la Charité, la face, fortement injectée, présentait en même temps un air de stupeur qui annonçait une maladie grave. La nuit, il y avait eu du délire. Des pétéchies existaient en grand nombre sur la poitrine; elles étaient plus rares sur l'abdomen. La langue était rouge; deux selles liquides avaient eu lieu depuis vingt-quatre heures; le ventre était souple et indolent, la fièvre était surtout annoncée par la chaleur brûlante de la peau; le pouls n'était que médiocrement fréquent.

---

(1) Nous avons noté une expectoration semblable chez l'individu qui fait le sujet de l'observation CXXXI.

Il y avait à combattre chez ce malade : 1° la tendance du sang à se porter vers la tête; tendance annoncée par le délire de la nuit, la vive rougeur des yeux et de la face, la stupeur commençante. (*Vingt-quatre sangsues furent appliquées au cou.*)

2°. L'irritation intestinale, annoncée surtout par le caractère des déjections alvines. (*Douze sangsues à l'anus.*)

Cette double émission sanguine devait en même temps modérer la fièvre, quelle qu'en fût la cause.

Les sangsues du cou saignèrent très-abondamment. Cependant le soir et toute la nuit le malade délira. Dans la matinée du 26, l'intelligence était nette, l'expression de la face semblait plus naturelle; la langue avait perdu sa rougeur; les pétéchies avaient en grande partie disparu; une seule selle assez consistante avait eu lieu; la fièvre était peu intense. M. Lerminier prescrivit pour le soir l'application de deux sinapismes aux jambes, dans le but de détourner du cerveau l'irritation périodique dont ce viscère semblait chaque nuit devenir le siége. (*Tisanes adoucissantes.*)

Le délire fut en effet beaucoup moins considérable.

Le 27, pétéchies plus nombreuses, augmentation du dévoiement (*sinapisme le soir*), pas de délire. Le 28, même état. (*Trois bouillons.*)

Dans la soirée du 28, le malade se procura des aliments. Le 29, la langue était rouge et sèche, la diarrhée plus considérable : l'air de stupeur avait reparu, la fréquence du pouls avait augmenté, mais il se déprimait très-facilement; la tendance à l'adynamie était évidente. Bien que l'exaspération de la phlegmasie des voies digestives, sous l'influence d'une erreur de régime, parût être la cause de la récrudescence des symptômes, fallait-il tenter encore une émission sanguine? Fallait-il ne pas prendre en considération la diminution des

forces, dont l'extrême faiblesse du pouls semblait attester la réalité? M. Lerminier ne pensa pas qu'une nouvelle saignée fût convenable; il fit appliquer deux vésicatoires aux jambes.

Le 30, la langue avait repris son humidité.

Les trois premiers jours de mai, elle se sécha de nouveau; la prostration alla en augmentant; les évacuations alvines étaient involontaires; le pouls ne se relevait pas; les taches pétéchiales persistaient; l'intelligence se conservait intacte. (*Tisane d'orge, sinapismes, deux ou trois bouillons, quelques cuillerées de vin.*)

Le 4, *infusion aqueuse de quinquina édulcorée avec le sirop de coin.* Du 5 au 12, continuation de ce médicament. Pendant ce temps, l'on vit les forces se relever, le dévoiement se modérer, les traits de la face se rétablir dans leur état normal, la langue et les lèvres devenir humides et vermeilles, les dents se dépouiller de l'enduit fuligineux qui les recouvrait, le pouls devenir plus fort et moins fréquent, les pétéchies disparaître.

Le 17, le malade avait à peine de la fièvre; il n'avait eu qu'une seule selle depuis vingt-quatre heures; mais les vésicatoires avaient une surface grisâtre et tendaient à se gangréner. On les couvrit de poudre de quinquina; cette écorce fut continuée à l'intérieur jusqu'au 22. Les vésicatoires ne tardèrent pas à reprendre un aspect vermeil et furent séchés. Le malade était d'ailleurs très-bien. A cette époque, l'on s'aperçut que trois petits abcès existaient à l'union de la fesse droite et de la cuisse; ils furent ouverts; une grande quantité de pus de bonne nature s'en écoula. Le 28, les plaies qui avaient résulté de leur ouverture étaient cicatrisées. Cependant le pouls conservait toujours une légère fréquence qui semblait survivre à toute lésion locale. Dans la nuit du 28 au 29, une sueur très-abondante se manifesta. Jusqu'à cette époque, la peau

était constamment restée dans un état de sécheresse remarquable. Le 29, le petit mouvement fébrile des jours précédents n'existait plus. Le 30, il n'y eut pas de sueur, mais une diarrhée modérée s'établit; elle persista jusqu'au 3 juin. La convalescence n'en fit pas moins des progrès rapides. La malade sortit le 5 juin.

Le malade qui fait le sujet de l'observation précédente fut traité par la méthode antiphlogistique, tant que persistèrent les signes généraux d'excitation. Cette méthode fut d'abord couronnée de succès. Une rechute eut lieu à la suite d'une erreur de régime. Des vésicatoires appliqués alors parurent opérer sur l'irritation intestinale une révulsion utile; mais ils n'empêchèrent pas la faiblesse d'augmenter. Dès que celui-ci devint le symptôme prédominant, le quinquina fut administré. Au moment où l'on commença à donner l'écorce du Pérou, le malade était dans un état très-grave, et pendant l'administration du quinquina, tous les symptômes alarmants disparurent. La gangrène semblait être au moment de frapper la surface des vésicatoires, lorsqu'on essaya une médication tonique; la couleur brune qui pouvait la faire craindre disparut pendant l'emploi intérieur et extérieur du quinquina.

Tant de fois, cependant, en pareille circonstance, nous avons vu ce genre de médication ou échouer ou être nuisible, que jusqu'à plus ample informé, nous nous contenterons, dans ce cas comme dans plusieurs autres, de faire ressortir la coïncidence de l'emploi du traitement tonique et de l'amendement des symptômes, sans rechercher le rapport de causalité de ces deux faits.

Voyez toutefois combien ont été publiées d'observations sur les heureux résultats de l'emploi du quinquina dans les fièvres

graves. S'il suffisait de compter les faits pour décider une question, nous ne serions pas peu embarrassé, car nous trouverions au moins autant de ces faits en faveur de l'emploi du quinquina qu'en faveur des émissions sanguines. Lisez, par exemple, de Haën, voyez combien de faits il rapporte, où disparaissent, sous l'influence de ce médicament, les pétéchies, la prostration, les déjections involontaires, le délire, les mouvements convulsifs, les soubresauts des tendons, l'irrégularité du pouls, la chaleur âcre de la peau, etc.

Indépendamment du traitement, cette observation peut encore servir à notre instruction par quelques-uns des phénomènes qu'a présentés le maladie.

Pendant tout le cours de la maladie, la peau se maintint toujours très-sèche. Aucun phénomène appelé critique n'avait eu lieu, lorsque déjà la convalescence semblait commencer. Cependant le pouls conservait une fréquence qui paraissait annoncer que la maladie n'était pas encore jugée. Alors apparurent plusieurs abcès que les anciens n'auraient pas hésité à considérer comme critiques. Ils auraient trouvé dans ce cas la confirmation d'une opinion d'Hippocrate, qui regardait comme très-favorables les abcès qui se forment vers la fin des maladies aiguës, surtout lorsqu'ils ont leur siége aux extrémités inférieures.

Les anciens disaient aussi que les abcès ne se manifestaient le plus souvent qu'après les autres crises, lorsque celles-ci avaient été insuffisantes ou incomplètes. Ici, au contraire, ce fut le premier phénomène qui apparut : la rapidité de leur développement et de leur terminaison eût été regardée comme le signe d'une crise heureuse.

A peine ces abcès étaient-ils fermés, que la peau se couvrit pour la première fois d'une sueur abondante, et ce fut seulement à la suite de cette nouvelle crise que le pouls perdit tout-

à-fait sa fréquence. Cette sueur apparut vers le quarantième jour. Ce fait isolé serait propre à confirmer l'assertion d'Huxham, qui assurait n'avoir jamais vu aucune fièvre grave parfaitement jugée avant qu'il ne fût survenu une sueur plus ou moins abondante. Mais dans combien d'autres cas n'avons-nous pas constaté une terminaison heureuse et complète de ces maladies, sans qu'aucune sueur eût apparu? C'est comme un troisième mouvement critique que les médecins des siècles précédents auraient considéré la diarrhée qui se manifesta le 30 mai, deux jours après l'apparition de la sueur. Guidés par l'ensemble des circonstances favorables qui précédèrent, accompagnèrent et suivirent l'établissement de cette diarrhée, ils l'auraient indubitablement respectée. La première des observations particulières placée par Rœderer et Wagler à la suite de leur histoire générale de la fièvre muqueuse, nous offre l'exemple bien tranché d'une fièvre continue qui cessa le quatorzième jour, en même temps qu'un flux de ventre s'établit; dès ce moment le mouvement fébrile ne reparut plus.

Les pétéchies qui existaient lors de l'entrée du malade disparurent en grande partie à la suite des émissions sanguines. La disparition de ces taches coïncida avec une amélioration sensible des symptômes généraux et locaux; et lorsque le lendemain elles se montrèrent de nouveau, leur réapparition ne sembla pas exercer la moindre influence.

CXXXIXe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Au début, diarrhée avec fièvre rémittente; langue rouge et sèche. Emploi, dans la même journée, de la saignée et de l'émétique. Après celui-ci, disparition de la diarrhée et retour de la langue à son état naturel; mais épistaxis abondante, et prostration de plus en plus grave: médication tonique. Guérison.

Un Auvergnat, âgé de vingt-trois ans environ, à Paris depuis quelques mois seulement, fut pris, sans cause connue, le 8 octobre 1822, de frisson, de colique et d'une diarrhée abondante. A dater de ce jour jusqu'au 24, le dévoiement persista. Soumis alors à notre examen, il nous raconta qu'il avait chaque soir des frissons, auxquels succédait pendant la nuit une légère moiteur. Pendant le jour, il se sentait brûlant. Il avait sept à huit selles en vingt-quatre heures. Lorsque nous le vîmes, il paraissait accablé. La vive rougeur de ses joues contrastait avec la teinte jaune du pourtour des yeux, des lèvres et du nez. La langue, couverte d'un enduit blanchâtre et d'un rouge vif à sa pointe, tendait à se sécher; le ventre était souple et indolent; le pouls fréquent, assez plein; la peau chaude. M. Lerminier prescrivit une saignée de trois palettes; et quatre heures après, un grain d'émétique et dix grains d'ipécacuanha, la tisane d'orge.

Le sang se rassembla en un large caillot mou, sans couenne. Le malade vomit peu; il alla sept fois à la selle. Le soir, il n'eut pas de frisson et dormit bien.

Le lendemain 25, la langue était humide et vermeille, la fièvre très-modérée, l'aspect de la face excellent. Dans la journée, aucune selle n'eut lieu; mais une abondante épistaxis survint. (*Tisane d'orge gommée, deux bouillons.*)

Jusqu'au 31, le malade eut chaque matin une hémorrhagie nasale copieuse; d'ailleurs, fièvre légère, langue à peu près naturelle, selles seulement par les lavements, mais affaiblissement progressif; teinte terreuse de la face, tendance à l'adynamie. (*Traitement émollient, quelques bouillons.*)

Le 1er novembre, air de stupeur, surdité légère, intelligence obtuse, épistaxis comme les jours précédents. M. Lerminier prescrivit l'*infusion aqueuse de quinquina, la tisane d'orge vineuse, des sinapismes aux jambes.*

Du 2 au 6, prostration de plus en plus grande, immobilité des traits, surdité complète, teinte livide de la face, épistaxis, pouls petit, plus fréquent; peau peu chaude; langue blanche, humide, un peu rouge sur ses bords; constipation. (*Infusion aqueuse de quinquina, tisane d'orge vineuse, deux onces de vin de quinquina, lavement de camomille avec un scrupule de camphre, frictions aromatiques sur les membres.*)

A dater du 7, l'aspect de la face commença à devenir un peu meilleur, la surdité diminua, le pouls se releva et perdit en même temps de sa fréquence, l'épistaxis cessa. Le 15, le malade était en pleine convalescence. Les toniques furent continués jusqu'au 18.

Chez ce malade, il y eut dès le principe des signes évidents d'irritation intestinale. Lorsque nous le vîmes, il présentait cet ensemble de symptômes dont Pinel aurait fait une maladie particulière sous le nom de fièvre bilieuse inflammatoire; une saignée fut pratiquée, et le même jour on donna un vomitif. La langue était rouge, avec tendance à la sécheresse, au moment où l'émétique fut administré; le lendemain, cette rougeur n'existait plus, et les jours suivants la diarrhée cessa. C'est ce que nous avons déjà vu arriver dans un certain nom-

bre des cas précédemment rapportés. Cependant ce vomitif avait-il fait un bien réel, ou la maladie n'avait-elle pas simplement changé de forme, et n'était-elle pas plus grave qu'auparavant? C'est ce qui malheureusement avait lieu. Voyez, en effet, comment, malgré le retour de la langue à son aspect normal, et malgré aussi la cession de la diarrhée, l'état adynamique se prononça de plus en plus. Quelle en était la cause? Il n'y avait plus aucun signe d'irritation gastro-intestinale; mais chaque jour d'abondantes épistaxis avaient lieu: étaient-elles la cause de la prostration? n'en étaient-elles pas, au contraire, un des phénomènes ou des effets?

Qnoi qu'il en soit, c'est au milieu des progrès croissants de l'adynamie que les toniques commencèrent à être administrés. D'abord, on ne retira aucun avantage de leur emploi: loin d'y renoncer, M. Lerminier en donna de plus énergiques, et ce fut pendant que le malade prenait du vin, du camphre, du quinquina sous toutes les formes, que les symptômes graves qu'il présentait se dissipèrent; ce fut pendant un pareil traitement qu'il revint à la santé. C'est aussi lorsque ce traitement eut été commencé que l'épistaxis cessa (1).

---

(1) La manière dont les toniques furent administrés est ici digne de remarque. Loin de les abandonner, parce qu'ils ne furent d'abord suivis d'aucun amendement, on les continua avec la plus grande énergie. Nul doute que pour arriver à connaître les effets de ce genre de médication, il faut agir ainsi. Essayer timidement quelque faible dose de quinquina et se hâter de le suspendre dès qu'on n'obtient immédiatement aucun bon résultat, c'est courir le risque des inconvénients des toniques, sans pouvoir en obtenir les avantages. Que dirait-on d'un médecin qui proscrirait les émissions sanguines parce que dans une méningite, par exemple, il se serait contenté d'appliquer trois ou quatre sangsues au cou, et qu'il n'aurait rien vu d'avantageux en résulter? Je ne prétends pas décider en définitive de l'utilité de la méthode stimulante; mais ce que je dis, c'est que, pour la juger, il faut au moins l'expérimenter convenablement.

CXLe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Diarrhée au début; stupeur; symptômes adynamiques; désaccord de l'état à peu près naturel de la langue avec la gravité des autres symptômes. Toniques: cessation de la diarrhée; amélioration. Sueur; éruption de sudamina: guérison.

Un Savoyard, âgé de dix-huit ans, faiblement constitué, à Paris depuis six semaines, fut apporté à l'hôpital dans une sorte d'état comateux, qui ne nous permit d'obtenir de lui aucun renseignement sur son état antécédent. Nous apprîmes seulement qu'il avait du dévoiement depuis huit jours. Face pâle, pouls fréquent, assez résistant. (*Huit sangsues derrière chaque oreille, deux vésicatoires aux jambes, embrocations d'huile de camomille camphrée sur le ventre, orge gommée.*)

Le lendemain 23 octobre, le coma n'existait plus, mais le malade semblait comme hébêté. Il regardait fixement celui qui l'interrogeait, sans lui répondre. Langue blanche, humide; cinq ou six selles dans le lit; même état du pouls. (*Deux tasses d'infusion aqueuse de quinquina, sinapismes aux jambes.*)

Le 24, à force de presser le malade, l'on obtint de lui quelques réponses courtes et justes. (*Même prescription.*)

Les jours suivants, les forces se relevèrent peu à peu, la diarrhée se modéra, puis cessa entièrement.

Le 2 novembre, des sueurs abondantes se manifestèrent, et le lendemain la peau de l'abdomen et du thorax était couverte de nombreux *sudamina;* ils disparurent le 5. Alors seulement le pouls perdit tout-à-fait sa fréquence; le quinquina avait été continué jusqu'à cette époque.

Chez ce malade, comme chez tant d'autres, c'est encore par une diarrhée que débute l'affection. A l'époque de l'entrée du malade, le symptôme le plus saillant et le plus grave, c'est un état comateux qui se dissipe, après qu'on a appliqué des sangsues aux oreilles et des révulsifs aux extrémités. Mais il reste un air de stupeur, une prostration considérable : on emploie les toniques; pendant qu'ils sont administrés, la diarrhée cesse, les forces se relèvent, et à la suite d'une sueur abondante qui présente tous les caractères d'un phénomène critique, la santé se trouve rapidement rétablie.

Pour les partisans du traitement tonique comme pour ses adversaires il y a certainement profit à méditer de pareils faits, quelle que soit l'interprétation qu'on leur donne.

CXLIe OBSERVATION.

Symptômes de fièvre adynamique; boissons émollientes; vésicatoires; prostration de plus en plus grande, langue noire, etc. Administration des toniques : amendement subit; guérison.

Un homme de vingt ans environ entra à l'hôpital dans les derniers jours du mois d'octobre 1822. Alors il était déjà plongé dans un haut degré de prostration; face livide, yeux éteints, intelligence obtuse, langue sèche, selles involontaires, pouls fréquent et petit, peau chaude. (*Vésicatoires aux jambes; tisane d'orge gommée.*) — Les jours suivants, la prostration devint de plus en plus grande; à la faiblesse des facultés intellectuelles succéda un véritable délire. (*Six paquets de camphre et de nitre, deux nouveaux vésicatoires aux cuisses.*)

Le 3 novembre, face cadavéreuse, langue couverte d'un enduit fuligineux, ainsi que les lèvres et les dents; ventre bal-

lonné, diarrhée peu considérable; quelques soubresauts des tendons; réponses assez justes, faites en balbutiant; mais, bientôt après, propos sans suite, désir continuel de fuir du lit; pouls faible, très-fréquent; peau sans chaleur. M. Lerminier donna, pour la première fois, une pinte d'infusion aqueuse de quinquina, avec addition d'une once de sirop de cette écorce; une tasse de vin, la limonade minérale; embrocations d'huile de camomille camphrée sur le ventre.

Le 4, nous trouvâmes les traits de la face relevés d'une manière remarquable, l'intelligence très-nette, la langue un peu humectée. (*Même prescription.*)

Le 5 et le 6, continuation du mieux, disparition de l'enduit noir de la langue, qui reste rouge et lisse; cessation de la diarrhée; aspect de la face de plus en plus naturel. (*Même prescription, et de plus trois onces de vin de quinquina; frictions aromatiques sur les membres.*)

Les jours suivants, retour des diverses fonctions à leur état normal; cependant persistance de la fréquence du pouls, ce qui sans aucun doute devait être attribué aux larges ulcères qui avaient succédé à la chute des escharres dont les vésicatoires des jambes s'étaient couverts. Le pouls perdit sa fréquence à mesure qu'ils se cicatrisèrent; leur cicatrisation complète se fit long-temps attendre.

L'état adynamique était déjà très-prononcé lorsque ce malade entra à la Charité. Nous vîmes sa langue noircir, son ventre se ballonner, avant qu'aucune substance tonique n'eût été administrée; tant qu'on ne donna à l'intérieur qu'une simple tisane d'orge, les symptômes ne cessèrent pas de s'aggraver; ainsi que dans beaucoup d'autres cas l'application des vésicatoires ne fut suivie d'aucun résultat avantageux, et, comme

dans l'observation précédente, il y eut une remarquable coïncidence entre l'emploi du quinquina, du vin, etc., et l'amendement des symptômes. Pendant que les toniques étaient administrés, la langue se dépouilla de sa couche noire ; elle s'humecta. La diarrhée cessa, le ventre redevint souple. Si l'on ne veut pas admettre qu'une amélioration aussi notable, qui suivit de si près le changement de médication, soit due à cette même médication, au moins sera-t-il bon de remarquer que le traitement tonique n'empêcha pas l'amélioration d'avoir lieu.

CXLIIe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris; misère et grandes fatigues. Diarrhée au début. A l'époque de l'entrée, symptômes adynamiques; langue sèche; pétéchies. Lenteur du pouls. Emploi inutile des émissions sanguines et des révulsifs cutanés; aspect remarquable du sang : plus tard, retour de la langue à son état naturel; apyrexie dans la journée. Emploi des toniques. Rétablissement lent.

Un homme de vingt-cinq ans, maçon, d'une assez forte constitution, vint à Paris au commencement du mois d'avril 1822. Pendant les huit premiers jours il eut une abondante diarrhée. Ne trouvant pas de quoi s'occuper, il quitta Paris, et alla dans les campagnes chercher de l'ouvrage de ferme en ferme; il se nourrit mal, manqua souvent du nécessaire, et fit de longues courses à l'ardeur du soleil pendant les fortes chaleurs de la fin du mois de mai. Sous l'influence de ces causes réunies, la santé de cet homme ne tarda pas à se détériorer; il éprouva d'abord tous les symptômes d'une forte courbature, puis, vers le milieu du mois de juin, il fut pris d'un grand dévoiement, qui n'a pas cessé depuis; ses forces di-

minuèrent de jour en jour. Il revint à Paris, et huit jours après il entra à la Charité (le 1er juillet).

Le 2, il présenta l'état suivant :

Air abattu, teinte jaune de la face, intelligence engourdie, parole pénible, décubitus sur le côté. Il se plaignait d'une grande faiblesse, d'une sorte d'anéantissement physique et moral. Un grand nombre de taches, d'un rose pâle, faisant, au-dessus du niveau de la peau, une légère saillie sensible seulement au toucher, couvraient la partie supérieure de l'abdomen et la partie inférieure du thorax ; la langue, d'un rouge assez vif dans toute son étendue, était lisse et tendait à se sécher ; la soif était vive, la bouche pâteuse, le ventre souple et indolent ; une seule selle avait eu lieu depuis vingt-quatre heures (le dévoiement n'existait plus depuis huit jours) ; le pouls était médiocrement fréquent, facilement déprimable ; la peau chaude et moite. (*Saignée de trois palettes, eau d'orge gommée, lavement de lin.*)

Le sang tiré de la veine se présenta sous la forme d'un large caillot mou, sans consistance, presque diffluent, sans couenne. La nuit fut calme.

Dans la matinée du 5, l'abattement semblait moins considérable, la soif était moins vive ; les autres symptômes n'avaient ni augmenté ni diminué.

Le 4, la stupeur avait reparu plus marquée que jamais ; la langue, rouge et sèche, était tirée difficilement ; trois selles ; sueur abondante, pouls à peine fréquent, persistance des taches. (*Continuation de l'eau d'orge et du lavement émollient, trois bouillons.*)

Le 5, même état. Le 6, augmentation de l'abattement général, facultés intellectuelles très-obtuses ; sécheresse de la langue, peau moite ; pouls à peine fréquent. (*Deux vésicatoires aux jambes.*)

Dans la journée, le malade se plaignit beaucoup de ses vésicatoires.

Le lendemainn 7, la prostration n'avait pas sensiblement diminué, la langue s'était humectée, le pouls avait entièrement perdu sa fréquence, la peau était toujours moite, les taches s'effaçaient.

Le 8, le pouls battait à peine cinquante fois par minute, la peau avait une douce chaleur, la langue présentait un aspect à peu près naturel; le dévoiement n'existait plus, les taches avaient presque complétement disparu. Cependant, au milieu de cet état satisfaisant, l'air de stupeur semblait se prononcer chaque jour davantage, les réponses étaient lentes, embarrassées ; elles n'avaient lieu souvent que plusieurs secondes après la question. Parfois le malade semblait écouter avec une grande attention, puis, se recueillant, on eût dit qu'il cherchait à saisir le sens des paroles qui lui étaient adressées, et après cette espèce de travail intellectuel il répondait. (*Un vésicatoire fut appliqué à la nuque.*)

Le soir, le pouls était un peu accéléré, et la peau couverte d'une sueur abondante.

Le 9, apyrexie complète, teinte plombée de la face, même état de l'intelligence, faiblesse musculaire portée au dernier degré. (*Infusion de quinquina, lavement de camomille, deux bouillons.*) Le malade eut, pour la première fois, la nuit, un délire complet.

A la visite du 10, nous le trouvâmes dans le même état que la veille. (*Même prescription.*) Le soir, accélération du pouls, sueur, délire la nuit.

Le 11, dans la matinée, apyrexie, affaissement extrême; aucun symptôme n'annonçait que les voies digestives fussent lésées. (*Même prescription, et de plus, potion gommeuse,*

avec addition d'une demi-once d'extrait de quinquina, une tasse de vin.) Fièvre le soir, délire la nuit.

Les 12, 13 et 14, l'état du malade resta stationnaire. La nuit, cependant, il délira moins; le redoublement du soir fut aussi moins marqué. (*Même prescription.*)

Le 15, les forces commencèrent à se relever un peu, la face prit une expression plus naturelle, l'intelligence devint plus nette. Le soir, le pouls s'accéléra à peine, la peau ne se couvrit que d'une légère moiteur; la nuit, les idées se troublèrent encore. (*Tisane d'angélique, potion gommeuse, avec addition d'une demi-once d'extrait mou de quinquina, deux onces de vin de quinquina, cinq bouillons, un lait de poule.*)

Les jours suivants, le redoublement du soir cessa peu à peu; les nuits devinrent calmes. Cependant ce ne fut que très-lentement que l'air de stupeur disparut tout-à-fait, et que le malade recouvra assez de force pour pouvoir quitter son lit. Il continua à prendre, pendant toute la fin du mois de juillet, de la tisane d'angélique, et le quinquina sous les formes indiquées. Il ne quitta l'hôpital qu'au commencement du mois d'août.

Les diverses circonstances qui précédèrent l'invasion de cette maladie ont dû avoir une grande influence sur son développement. Tourments de l'esprit, fatigues excessives, exposition à un soleil ardent, nourriture mauvaise ou insuffisante, telles sont les causes réunies qui produisirent d'abord les symptômes d'une forte courbature. Ces causes continuent d'agir : la muqueuse intestinale s'irrite, et une abondante diarrhée s'établit. L'irritation locale qui entretient la diarrhée devient à son tour une cause énergique d'épuisement, les forces diminuent rapi-

dement; et lorsque le malade entre à la Charité, il présente déjà cet ensemble de symptômes graves qui constituent le typhus. Cependant un phénomène remarquable fixe notre attention. Au milieu de cet appareil formidable de symptômes ataxo-adynamiques, le pouls s'éloigne à peine de son type naturel: bientôt toute apparence d'irritation gastro-intestinale cesse entièrement; la langue a une belle couleur vermeille; les selles sont ordinaires; le matin et dans le jour, la température de la peau n'est pas sensiblement élevée: en un mot, toutes les fonctions interrogées semblent exemptes de lésion; mais ce n'est qu'un calme trompeur: les progrès toujours croissants de la stupeur, l'extrême prostration des forces, annoncent un danger imminent; la fièvre du soir, le délire de la nuit, augmentent encore la gravité du pronostic.

A l'époque de l'entrée du malade, une saignée est pratiquée; l'amélioration qui lui succède n'est que passagère, et elle est bientôt suivie d'une funeste rechute. De simples tisanes délayantes sont d'abord données, des vésicatoires sont appliqués aux membres inférieurs et à la nuque, puis, à mesure que les symptômes adynamiques se prononcent, les toniques sont administrés; l'état d'intégrité apparente de la muqueuse digestive était une circonstance très-favorable pour leur emploi. Le malade délira, pour la première fois, la nuit qui suivit la première administration du quinquina: cette fâcheuse circonstance n'empêcha pas de le continuer, et d'en augmenter la dose les jours suivants. Le malade revint peu à peu et lentement à la santé, sans qu'aucun phénomène critique fût observé. Le vin de quinquina fut long-temps continué, sans qu'il en résultât aucun trouble de l'estomac.

L'apparente bénignité des symptômes, le caractère du pouls en particulier, la terminaison lente et sans crise, rapprochent assez cette maladie de la fièvre lente nerveuse d'Huxham.

CXLIIIe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Diarrhée au début ; fièvre rémittente à la suite d'un refroidissement. Émissions sanguines répétées : apparition de symptômes plus graves : prostration, langue sèche et brune, soubresauts des tendons, etc. Emploi des toniques : amélioration. Pneumonie intercurrente.

Un peintre en bâtiments, âgé de vingt-un ans, constitution forte, tempérament sanguin, à Paris depuis trois mois, et ayant joui, depuis cette époque, d'une bonne santé, fut pris, au commencement du mois de novembre, de dévoiement, avec épreintes violentes et selles sanguinolentes. Ce cours de ventre cessa spontanément au bout de huit à dix jours. Le 26 novembre, il resta pendant trois heures dans une rue, exposé à un froid très-vif.

Le 28, céphalalgie frontale, anorexie, amertume de la bouche, brisement des membres; pas de selle. Le soir, frisson d'une demi-heure, suivi de chaleur et de sueur pendant la nuit; un peu de toux.

Les jours suivants, ces symptômes persistent, le ventre devient en outre un peu sensible à la pression. Le malade prit quelques bains de pieds, une infusion de tilleul et de feuilles d'oranger. Il entra le 2 décembre à la Charité.

État du 3 : céphalalgie ; face rouge, injectée ; yeux appesantis, insomnie, sentiment de lassitude générale : bouche mauvaise, amère ; langue blanchâtre, ventre un peu douloureux, par la pression, à la région ombilicale ; dévoiement depuis cette nuit seulement (dix à douze selles), peau en sueur, pouls fréquent, plein ; toux légère. (*Vingt-quatre sangsues à l'anus, sinapismes aux jambes, tisane d'orge gommée.*)

Le 4, même état. (*Saignée de pied, orge, lavement émollient.*)

Le 5, disparition de la céphalalgie, face rouge, langue un peu sèche et lisse, ventre ballonné, sensible à la pression dans les hypochondres; dix selles depuis vingt-quatre heures; pouls fréquent et plein, soubresauts des tendons. (*Huit sangsues à chaque jugulaire, deux vésicatoires aux jambes, lavement émollient, frictions d'alcool camphré sur les membres, embrocations d'huile de camomille camphrée sur le ventre, orge.*)

Le 6, langue lisse, tendant à se sécher; soif, ventre encore ballonné, mais indolent; selles très-fréquentes; pouls plus faible, peau médiocrement chaude; soubresauts des tendons plus fréquents et plus forts; respiration accélérée, toux légère, sans douleur et sans expectoration, son un peu mat à droite, latéralement au niveau du sein; râle crépitant dans le même point. (*Vésicatoire sur le côté droit.*)

Le 7, la pneumonie, reconnue la veille, semblait avoir rétrogradé : respiration plus libre, râle moins fort, remplacé en partie par le bruit inspiratoire ordinaire; soubresauts des tendons plus rares.

Le 8, à peu près même état.

Le 9, nous trouvâmes le malade beaucoup plus prostré que les jours précédents; la langue, sèche, tendait à se brunir. (*Frictions et embrocations* idem, *orge, limonade vineuse.*)

Le 10, air de stupeur, réponses lentes; langue sèche, brune à son centre, sans rougeur des bords ni de la pointe, selles fréquentes, involontaires; pouls fréquent et faible, peau chaude, moite; soubresauts des tendons assez rares. (*Infusion aqueuse de quinquina acidulée avec l'eau de Rabel, édulcorée avec le sirop de gomme; tisane d'orge vineuse, li-*

monade minérale, une tasse de vin, frictions d'alcool camphré.)

Le 11, même état. (*Même prescription, un bouillon.*)

Le 12, expression de la face plus naturelle; langue humide, moins brune; pouls moins fréquent, moins facilement déprimable; douce chaleur de la peau; ventre indolent, un peu météorisé, diarrhée moindre; disparition des soubresauts, urine trouble pour la première fois. (*Quatre bouillons, deux tasses de vin.*)

Le 13, apyrexie, langue à peu près naturelle, pas de selle; dépôt gris très-abondant dans les urines. (*Même prescription.*)

Le 14, même dépôt dans les urines.

Le 15 et jours suivants, convalescence. (*Continuation du quinquina jusqu'au* 19.)

La diarrhée qui marqua le début de cette maladie, sa cessation spontanée, puis l'apparition, à la suite d'un refroidissement, d'une fièvre rémittente, que n'accompagne d'abord aucun symptôme grave, le développement rapide de tous les accidents qui caractérisent l'état adynamique, à mesure qu'on réitère les saignées, l'invasion d'une pneumonie à une époque où trois émissions sanguines viennent d'être pratiquées, le retour à un état meilleur, dès que les toniques commencent à être administrés, telles sont les circonstances qui nous semblent devoir plus particulièrement appeler l'attention dans l'observation qu'on vient de lire.

Non-seulement les forces se relevèrent lorsqu'on donna le quinquina, mais encore la diarrhée cessa; la langue, sèche et brune, reprit un aspect naturel, et les soubresauts des tendons disparurent.

Le dépôt sédimenteux des urines se montra en même temps que les différents symptômes s'amendèrent.

CXLIVe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris; misère. Au début, douleur épigastrique, anorexie; puis symptômes adynamiques; langue noire; pétéchies; dernier degré de prostration, etc. Emploi successif des émissions sanguines, des vésicatoires, du camphre, du quinquina, du calomélas. Amélioration lente.

Un commissionnaire, âgé de vingt ans, d'une constitution faible, présentant à peine quelques signes de puberté, habite Paris depuis un an environ. Depuis cette époque il est dans un état de misère, il se nourrit mal. Cependant il a joui d'une assez bonne santé jusqu'au commencement du mois de novembre 1821. Alors il a commencé à ressentir une douleur habituelle à l'épigastre; son appétit a diminué, ses forces se sont sensiblement perdues. Il a continué néanmoins à rester au coin des rues, exposé à toutes les intempéries de l'air. Il est forcé de garder la chambre depuis deux ou trois jours seulement; il entre à la Charité le 29 novembre. A la visite du 30, il présente l'état suivant :

Face maigre, jaune, exprimant l'abattement et la fatigue; yeux appesantis; commencement évident de prostration; réponses nettes, mais lentes. Quelques soubresauts des tendons de la main gauche; langue déjà sèche et brunâtre au centre, humide et d'une couleur rouge cerise sur les bords et à la pointe; soif vive, sensation de chaleur dans la bouche; légère douleur à l'épigastre par la pression; reste du ventre souple et indolent, diarrhée depuis deux jours seulement (cinq ou six selles liquides en vingt-quatre heures); pouls fréquent, faible;

peau chaude, d'une aridité remarquable; respiration accélérée, toux fréquente, sèche.

Ce malade était déjà dans un état adynamique assez avancé; ses yeux mornes, ses paupières appesanties, sa figure fatiguée, ses mouvements difficiles, et surtout les circonstances débilitantes qui avaient précédé son état actuel, tout semblait annoncer qu'il était nécessaire de chercher à relever les forces épuisées; mais il existait en même temps une double irritation des poumons et des voies digestives. Fallait-il s'occuper d'abord de la combattre? Ne pouvait-on pas craindre qu'en la négligeant elle ne concentrât sur les organes enflammés le reste des forces, et qu'elle n'augmentât ainsi la faiblesse générale? mais en admettant la nécessité de combattre d'abord cette irritation, fallait-il uniquement chercher à la déplacer par des dérivatifs et des révulsifs irritants? devait-on essayer de l'attaquer directement par des émissions sanguines? M. Lerminier voulut expérimenter quels effets seraient produits par ce dernier moyen. Vingt sangsues furent appliquées à l'anus; elles coulèrent abondamment; aucun changement notable ne survint dans la journée. La nuit, le malade délira. Dans la matinée du 1er décembre, l'intelligence était intacte; mais l'air de stupeur était encore plus prononcé que la veille. L'abdomen était couvert de nombreuses taches pétéchiales d'un rouge pâle. L'état de la langue n'avait pas changé; une seule selle avait eu lieu. Le pouls, très-faible, régulier, battait cent douze fois par minute; on ne comptait dans le même espace de temps que vingt-neuf mouvements inspiratoires. La toux persistait. Les soubresauts des tendons étaient plus multipliés.

La saignée dérivative de l'anus paraissait avoir diminué l'intensité des symptômes inflammatoires de la poitrine et du ventre; mais la faiblesse avait fait des progrès. Le délire, les soubresauts de tendons annonçaient en même temps une exal-

tation, ou mieux peut-être une perversion des fonctions du système nerveux. Cependant si ces divers symptômes, ainsi que la prostration, avaient été le résultat de l'inflammation des voies digestives, la diminution évidente de celle-ci n'aurait-elle pas dû être accompagnée d'une amélioration générale? Or le malade était évidemment moins bien que la veille. Deux vésicatoires furent appliqués aux jambes. Un lavement de camomille fut donné avec addition de douze grains de camphre : on ne prescrivit à l'intérieur que la tisane d'orge acidulée avec le sirop tartareux. La nuit fut beaucoup plus calme que la précédente.

Le 2 décembre, l'air de stupeur était moindre; la langue était humide et vermeille, le ventre souple. Le lavement n'avait point été rendu. On n'observait plus de soubresauts des tendons. Les pétéchies s'étaient multipliées; quelques-unes existaient sur la poitrine.

L'amélioration était manifeste; elle pouvait être raisonnablement attribuée au mode de traitement. Le malade prit dans la journée un second lavement de camomille avec addition de vingt-quatre grains de camphre. Le soir, ses jambes furent couvertes de sinapismes. (*Tisane d'orge édulcorée, looch.*) Cette fois, le lavement fut rendu peu de temps après avoir été pris. Le malade délira une grande partie de la nuit.

Le 3, bien que ses réponses fussent nettes et précises, on l'entendait de temps en temps parler haut, et tenir des propos incohérents. L'adynamie faisait des progrès; la langue brunissait de nouveau; la peau conservait sa sécheresse. (*Limonade minérale, deux nouveaux vésicatoires aux cuisses.*)

A trois heures de l'après-midi, uue sueur générale et abondante eut lieu. Cependant l'état du malade, loin de s'améliorer, paraissait le lendemain plus grave que jamais. La face était cadavéreuse, la langue noire et sèche, ainsi que les dents

et les lèvres; le ventre se ballonnait: il n'y avait pas de dévoiement. La respiration s'accélérait de nouveau; le pouls pouvait à peine se sentir; les idées se troublaient par intervalles. (*Infusion aqueuse de quinquina oxymélée, bourrache, lavement de camomille avec douze grains de camphre; six paquets de camphre et de nitre* (1), *limonade minérale, une tasse de vin.*)

Le 5, même état : même prescription.

Le 6, le malade ne paraissait plus comprendre les questions qui lui étaient adressées. Il prononçait, en balbutiant, quelques mots inintelligibles. Les taches pétéchiales persistaient; la respiration s'était ralentie.

Le 7 et le 8, rien de nouveau. Le malade semblait parvenu au dernier degré de l'adynamie. Sa mort paraissait prochaine. (*Continuation des mêmes médicaments.*)

Le 9, douze grains de calomélas furent donnés pour vaincre la constipation; une selle eut lieu. On ajouta aux autres boissons une décoction de serpentaire de Virginie, édulcorée avec le sirop d'écorces d'orange. Le pouls, très-petit, était d'une irrégularité remarquable.

Du 9 au 13 les pétéchies disparurent. Les forces semblèrent se relever un peu. Le 14, l'aspect de la face était plus naturel, les yeux avaient plus d'expression, l'intelligence était moins obtuse, la parole plus facile; la langue, humide, n'était plus brune qu'à son centre; elle pouvait être assez facilement tirée de la bouche; ce qui n'avait pas lieu les jours précédents. Un léger dévoiement existait. (*Deux bouillons furent permis.*)

---

(1) Chacun de ces paquets contient six grains de camphre et six grains de nitre. On en donne un toutes les trois heures.

Dans la nuit du 16 l'agitation fut extrême : des mouvements convulsifs se manifestèrent.

Le 17, tout était rentré dans l'ordre. A dater de ce jour, le malade alla de mieux en mieux. Ses forces toutefois ne se rétablirent que très-lentement, ce qui peut s'expliquer sans doute par le dévoiement qui persista assez long-temps, et qui ne se manifesta d'ailleurs qu'à dater du moment où la nature sembla commencer à marcher vers la guérison. L'infusion aqueuse de quinquina fut continuée jusqu'au commencement de janvier. A cette époque, la figure du malade était excellente; il prenait de l'embonpoint; il avait un grand appétit. Il quitta l'hôpital vers le 15 janvier, très-bien portant.

Voilà encore un cas où un malade, présentant un état à peu près désespéré au moment où il commence à prendre des toniques, revient à la santé à mesure que sont prodigués le quinquina, la serpentaire de Virginie, le camphre, le vin, etc. Pendant l'administration de ces remèdes nous vîmes la langue s'humecter, la peau perdre sa chaleur brûlante et son aridité, l'intelligence recouvrer son intégrité, les mouvements convulsifs disparaître, les forces se rétablir, etc. Combien cependant le pronostic ne semblait-il pas fâcheux ! La face fut, pendant plusieurs jours, celle d'un homme à l'agonie, et l'expérience a démontré que cet état de la face est un signe presque toujours éminemment mortel. Répétons ici avec Hippocrate : *In acutis morbis, non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis.* (Aph.)

On lit dans Grant (*Recherches sur les fièvres*, tome 2) une observation bien propre à démontrer que certains individus portent en eux une disposition particulière à être atteints de symptômes adynamiques, dès qu'ils sont frappés

d'une maladie quelconque un peu grave. Le sujet de cette observation est une jeune fille qui, deux ans après avoir eu une fièvre typhoïde avec épistaxis et pétéchies, fut inoculée en même temps que ses frères et sœurs. Chez ceux-ci, la variole qui survint se termina heureusement et facilement. Chez la jeune fille, au contraire, on vit au bout de cinq jours les piqûres faites au bras devenir livides, se boursouffler et exhaler une sanie sanguine. Le septième jour, de nombreuses pétéchies apparurent, et l'on observa tous les symptômes d'une fièvre putride qui compliqua l'éruption variolique et en entrava la marche. Pense-t-on que dans un cas pareil c'est à un traitement antiphlogistique qu'il faudrait avoir recours?

Rien ne fut plus variable, pendant tout le cours de la maladie, que l'état de la respiration. Nous la trouvions, du jour au lendemain, facile ou pénible, lente ou singulièrement précipitée. M. Lerminier redouta d'abord l'existence d'une inflammation du parenchyme pulmonaire; mais bientôt ces rapides alternatives lui parurent être entièrement liées à l'état du système nerveux. Ce n'est pas la seule fois que nous avons observé un trouble pareil de la respiration chez des individus atteints de fièvres graves; et après la mort nous avons trouvé les poumons parfaitement sains. Chez d'autres malades, au contraire, dont la respiration avait toujours été très-calme, l'ouverture du cadavre nous a montré une pneumonie plus ou moins étendue.

N'est-ce pas encore un phénomène bien remarquable, quelque ordinaire qu'il soit d'ailleurs, que l'excitation du système nerveux, attestée par le délire, par les soubresauts des tendons, etc., au milieu de la débilité générale des autres systèmes? C'est ainsi que, dans les grandes hémorrhagies, on voit les malades, bien qu'épuisés par l'énorme perte de sang qu'ils subissent, succomber souvent au milieu de convulsions

plus ou moins violentes. Le camphre a-t-il contribué dans ce cas à calmer l'action exaltée ou pervertie du cerveau et de ses dépendances? Remarquons qu'une amélioration manifeste succéda à l'administration du premier lavement camphré, qui fut gardé tout entier, tandis que les symptômes reparurent en partie après le second lavement, qui fut rendu en partie.

Si d'ailleurs l'action physiologique du camphre est bien constatée, il n'en est pas malheureusement de même de ses propriétés thérapeutiques. Les histoires d'empoisonnement par le camphre recueillies chez l'homme, les expériences faites sur les animaux vivants, tendent également à démontrer que cette substance stimule fortement le cerveau; et cependant on le prescrit souvent comme propre à calmer le système nerveux. D'autres fois, à la vérité, on l'administre sous le titre de stimulant diffusible. Que de contradictions! Le camphre n'est-il souvent efficace qu'en opposant une stimulation à une autre, en changeant le mode d'action du système nerveux, ainsi que paraissent le faire beaucoup de médicaments dits antispasmodiques? Enfin le camphre, comme plusieurs autres substances, a-t-il une action différente selon ses diverses doses? Si nous consultons les auteurs, nous les trouverons très-peu d'accord entre eux. C'est ainsi que Cullen nous apprend qu'après avoir administré le camphre un très-grand nombre de fois, il ne savait encore si ce médicament avait été utile ou nuisible. Hoffmann est plus affirmatif; il regarde le camphre uni au nitre comme l'un des meilleurs remèdes que l'on puisse donner dans tous les cas de fièvres malignes. Je crois qu'il en est du camphre comme de la digitale. Si les recherches d'un grand nombre de médecins sur les propriétés thérapeutiques de ces substances ont conduit souvent aux résultats les plus opposés, c'est que les observateurs n'ont pas indiqué d'une manière assez précise dans quel ensemble de circonstances ils y avaient

eu recours. On n'a pas eu non plus assez d'égards aux différences que le camphre devait présenter dans son mode d'action selon l'état des organes, selon les tempéraments et les dispositions individuelles. Nous avons observé, par exemple, chez quelques individus doués d'une grande susceptibilité nerveuse, une sorte de stimulation spéciale imprimée au cerveau par le camphre. Ces individus, après avoir pris du camphre en lavement à dose assez modérée (de vingt à trente grains), se sentaient tout-à-coup doués d'une légèreté extraordinaire; il leur semblait qu'ils allaient s'envoler, selon l'expression que tous ont employée. Cet effet singulier dont j'ai vu moi-même avec M. Lerminier un exemple chez un jeune Anglais, durait quelques heures, et se dissipait peu à peu. Des observations semblables ont été faites par M. Magendie (1).

Les pétéchies ont été très-nombreuses chez ce malade. Elles ont paru avant qu'aucune espèce de traitement stimulant eût été employé. Ce n'est donc pas celui-ci qui les avait produites, ainsi que le pensait de Haen.

---

(1) Le fait suivant, observé par mon père à l'hôtel royal des Invalides, en 1806, me semble encore bien propre à prouver combien les effets du camphre sont variables selon les individus. Un vieillard entra à l'infirmerie des Invalides dans le dernier degré de la débilité sénile : un lavement camphré lui fut donné. Bientôt cet homme, dont les parties génitales étaient depuis longtemps frappées de l'inertie la plus complète, éprouva une violente érection. Au bout de deux jours il prit une seconde fois du camphre ; le même phénomène se reproduisit. Ce fait est d'autant plus curieux, que le camphre a été regardé par plusieurs médecins comme anaphrodisiaque, et comme l'antidote des cantharides.

CXLV^e OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris; mauvaise nourriture et manque d'ouvrage. A l'époque de l'entrée, symptômes généraux d'adynamie avec pouls dur. A la suite d'une saignée, épistaxis, accroissement de la prostration; délire; pétéchies; langue noire; ballonnement du ventre, etc. État regardé comme désespéré. Traitement tonique : guérison.

Un maçon (1), âgé de vingt ans, à Paris depuis quelques mois seulement, cheveux noirs, peau très-brune, muscles peu développés, s'est habituellement mal nourri; il a été souvent sans ouvrage depuis son arrivée dans la capitale; cependant sa santé ne commença à se déranger que vers le 20 mai. Alors il ressentit un malaise générale, de la céphalalgie, un engourdissement physique et moral très-prononcé; son appétit diminua, puis il le perdit entièrement. Le 25 mai, il cessa de travailler, s'alita et ne but que quelques tisanes délayantes. Il entra à la Charité le 6 juin. La première fois que nous le vîmes, nous fûmes frappés de l'air de stupeur qui régnait déjà dans l'ensemble de sa physionomie; ses traits étaient affaissés : ses paupières appesanties ne se levaient qu'avec peine; l'œil était morne et peu en harmonie avec les objets environnants; la bouche restait entr'ouverte, les réponses étaient lentes, pénibles, les mouvements difficiles; le pouls, fréquent, concentré, ne s'effaçait pas lorsqu'on essayait de le comprimer;

(1) Ce malade a été traité par M. Chomel, qui remplaçait momentanément M. Lerminier.

une sueur abondante couvrait la peau ; la langue, d'un rouge assez vif, tendait à se sécher. Cinq à six selles seulement, formées de matières brunes et dures, avaient eu lieu depuis l'invasion de la maladie. Les urines étaient rouges et rares; une légère chaleur le long du canal de l'urèthre accompagnait leur émission.

Il y avait chez ce malade un mélange de prostration et de symptômes inflammatoires qui pouvaient porter à penser que la faiblesse n'était qu'apparente. Une saignée de deux palettes fut prescrite ; il devait en résulter un effet bon ou mauvais, propre à jeter du jour sur la véritable nature de la maladie. Le sang tiré de la veine se réunit en un large caillot, sans sérosité, peu consistant, et recouvert d'une couenne verdâtre très-mince. Le malade but de l'eau d'orge, et prit deux lavements émollients. Le soir il y eut une épistaxis abondante; la nuit il rêvassa beaucoup.

Le lendemain 8, il y avait une exaspération marquée de tous les symptômes : prostration plus grande, léger trouble des idées, quelques soubresauts des tendons, langue sèche et brune à son centre, même état du pouls, sécheresse de la peau. (*Tisane et lavements émollients.*) Pendant la nuit le malade délira complètement.

Le 9, quelques taches pâles, arrondies, d'une demi-ligne à une ligne de diamètre, étaient disséminées sur le thorax ; les yeux restaient fermés; et ce n'était que lorsqu'on avait fait au malade à très-haute voix des questions réitérées, que ses paupières se soulevaient ; regardant alors fixement celui qui l'interrogeait, et paraissant en quelque sorte réunir toutes ses forces, il parvenait à répondre d'une voix faible et mal articulée, mais avec justesse; il retombait ensuite dans son assoupissement. Ce n'était non plus qu'avec beaucoup d'efforts qu'il tirait la langue hors de la bouche ; elle était tremblante,

brune et très-sèche : le ventre conservait sa souplesse ; deux selles avaient eu lieu ; le malade s'était levé seul pour les rendre. La respiration était courte et d'une fréquence remarquable ; cependant aucune toux n'existait ; la percussion et l'auscultation n'annonçaient aucune lésion des poumons. Cette accélération de la respiration semblait plutôt liée au trouble général du système nerveux. (*Même traitement.*)

La nuit, délire complet.

Le 10, léger dévoiement depuis la veille, ballonnement du ventre ; pouls plus facilement déprimable que les jours précédents : même état du reste. (*Tisane d'orge avec addition d'acide muriatique ad gratam aciditatem ; lavements de lin avec addition du même acide ; fomentations de camomille sur le ventre ; deux vésicatoires aux jambes.*)

Le 11 et le 12, l'air de stupeur fut porté au plus haut degré. Vainement pressait-on le malade de questions, il ne répondait plus ; ses yeux, fixes, avaient l'expression de ceux d'un homme entièrement distrait de tout ce qui l'environne. Une croûte noire, épaisse, couvrait les lèvres, les dents et la langue. La peau de la face présentait une teinte jaune sale, comme terreuse ; on ne sentait plus de soubresauts de tendons ; les matières fécales et les urines étaient rendues involontairement, sans que le malade parût en avoir la conscience. Dans l'espace de quelques minutes on voyait alternativement la respiration devenir accélérée, haletante, puis se ralentir tout-à-coup. Le pouls, fréquent, fuyait sous le doigt ; toute la surface du corps était sans chaleur, et les extrémités déjà froides : les taches typhoïdes étaient à peu près effacées.

Cependant aucun tonique n'avait encore été administré à l'intérieur, et cette fois ce n'étaient point eux qu'on pouvait accuser, si la langue avait noirci, si les lèvres et les dents s'é-

taient encroûtées, si des symptômes de plus en plus graves s'étaient chaque jour montrés. Le mauvais succès de la première émission sanguine ne permit point de la réitérer. La perte du malade semblait à peu près certaine; la stupeur profonde, le froid presque cadavérique de la peau, la faiblesse extrême du pouls, l'inefficacité du traitement suivi jusqu'alors, semblaient commander l'emploi d'une médication tonique. Elle fut employée avec énergie. Nous allons en voir les effets. (Prescription: *Eau de riz gommée avec addition de quinze gouttes d'acide muriatique dans une pinte. Une pinte de décoction de quinquina avec addition d'un tiers de vin et de deux onces de sirop de coing, potion gommeuse avec addition de deux gros d'extrait mou de quinquina; deux tasses de vin; sécher les vésicatoires des jambes, et en placer deux aux cuisses.*)

Dans la matinée du 13, l'état du malade était à peu près le même; seulement l'on observait, de plus, de fréquents soubresauts de tendons. Plusieurs auteurs, et Pringle en particulier, ont regardé l'existence de ces soubresauts comme étant une contre-indication à l'emploi des toniques. Ceux-ci furent cependant continués,

Le 14, la peau s'était réchauffée, le pouls était plus relevé; il y avait moins de soubresauts de tendons, les mouvements inspiratoires étaient moins désordonnés; mais d'un autre côté l'intelligence ne se rétablissait pas, l'air de stupeur ne diminuait pas; l'encroûtement de la langue, des lèvres et des dents persistait; le malade lâchait continuellement sous lui. L'extrait de quinquina fut porté à la dose d'une demi-once; des frictions aromatiques furent faites sur le ventre et sur les membres.

Le 16, l'expression de la face était un peu plus naturelle; le malade commençait à répondre un peu aux questions. (*Six*

gros d'extrait de quinquina dans la potion gommense avec addition de vingt gouttes d'éther sulfurique.)

Le 17, amélioration sensible; les yeux étaient plus en harmonie avec les objets environnants, le malade était plus maître de ses mouvements, il tirait assez facilement la langue; la respiration était calme, le dévoiement s'était un peu modéré; mais la chaleur de la peau était devenue très-élevée, âcre et mordicante; en laissant quelque temps le doigt en contact avec elle, l'on éprouvait une sorte de sensation pénible voisine de la douleur. Malgré cet état de la peau, les toniques furent non-seulement continués, mais augmentés; l'on appliqua deux nouveaux vésicatoires à la partie externe des jambes; l'extrait de quinquina fut porté à la dose d'une once; continuation de la décoction de cette écorce; un lavement de quinquina camphré fut prescrit matin et soir, les membres furent frictionnés avec un mélange de vin aromatique et d'alcool camphré.

Le 18 et le 19, il y eut encore un effort manifeste vers la guérison; l'expression de la face devint infiniment plus naturelle, les réponses étaient nettes; le malade, pour la première fois, avait pu de lui-même se placer sur le côté et s'y tenir; la langue, les lèvres et les dents étaient un peu nettoyées; il n'y avait eu depuis la veille que deux ou trois selles, toujours rendues involontairement; la chaleur brûlante de la peau persistait, et l'on remarquait toujours de temps en temps quelques soubresauts. L'éther sulfurique qui entrait dans la potion gommeuse fut remplacé par un gros d'eau distillée de canelle; d'ailleurs même prescription.

Le lendemain 20, nous fûmes étonnés du changement en bien, véritablement prodigieux, qui s'était opéré dans l'état du malade; la langue s'était humectée, et n'offrait plus qu'à son centre seulement une légère teinte brunâtre; la peau, si

brûlante encore vingt-quatre heures auparavant, n'avait plus qu'une douce chaleur, le pouls n'était que médiocrement fréquent; le malade se retournait dans son lit avec une merveilleuse facilité; la parole était libre, son intelligence nette; il lâchait encore sous lui. Aucun phénomène critique n'avait précédé cette brusque amélioration. (*Même prescription.*)

Du 21 au 28, six onces de vin de quinquina furent substituées à la potion. L'état du malade continua à être aussi satisfaisant. Chaque matin nous trouvâmes sa peau couverte d'une légère moiteur.

Les forces se relevaient chaque jour: le pouls conservait de la fréquence. La langue était humide et d'une belle couleur vermeille; soit par faiblesse, soit par paresse, le malade continuait à lâcher sous lui ses matières fécales et ses urines. Le dévoiement était d'ailleurs très-modéré. Deux ou trois selles au plus avaient lieu en vingt-quatre heures.

Le 28, le malade ne pouvait pas encore s'asseoir dans son lit. On ajouta à la prescription quelques cuillerées de vin de Madère à prendre dans la journée. Les vésicatoires étaient entièrement secs depuis deux ou trois jours.

Dans les premiers jours du mois de juillet le pouls perdit tout-à-fait sa fréquence; le dévoiement cessa; le malade put se tenir sur son séant, et bientôt on le plaça sur un fauteuil roulant. Il prit d'abord, du 30 juin au 4 juillet, deux bouillons et trois demi-soupes par jour. Le 5, un demi-quart lui fut accordé. Le 8, il mangea le quart.

A dater de cette époque il entra véritablement en convalescence. Il reprit peu à peu ses forces et son embonpoint pendant le reste du mois de juillet et dans le commencement d'août. Il continua à prendre pendant tout ce temps du vin de quinquina, dont la dose fut progressivement diminuée de

six onces par jour à une once. Il quitta l'hôpital bien portant le 12 août.

Nous voyons encore dans cette observation une fièvre ataxo-adynamique des plus graves s'améliorer pendant l'administration des médicaments toniques. Rappelons-nous dans quel état désespéré se trouvait le malade à l'époque où le quinquina commença à être donné. Rappelons-nous surtout ce refroidissement général de la peau, ce pouls filiforme, qui, dans les fièvres graves, sont les symptômes ordinaires d'une mort très-prochaine. Vingt-quatre heures après qu'une médication tonique a été prescrite, ces symptômes mortels ont disparu, et dès ce moment la tendance vers la guérison se prononce de plus en plus. N'oublions pas de remarquer que la dose des toniques fut augmentée suivant une rapide progression. Ainsi donnés, ils ne pouvaient pas l'être indifféremment. Si la maladie n'avait consisté que dans la phlegmasie du tube digestif, le quinquina donné à la fois sous toutes les formes par la bouche et en lavement aurait eu très-promptement des résultats funestes. Est-il donc possible d'attribuer ici à la nature la guérison du malade, et de dire que c'est malgré les toniques que la guérison eu lieu ?

En même temps que l'écorce du Pérou était administrée à l'intérieur, les membres abdominaux était couverts de nombreux vésicatoires, et un grand nombre de points de l'enveloppe cutanée furent simultanément irrités, sans qu'il en parût résulter une influence fâcheuse sur le cerveau.

L'émission sanguine pratiquée à l'époque de l'entrée du malade non-seulement ne fut pas avantageuse, mais elle fut suivie d'une exaspération marquée de tous les symptômes. Ce fait nous a rappelé une remarque de Pringle, consignée dans

ses observations sur la fièvre d'hôpital. Au commencement de cette fièvre, dit-il, le pouls n'est jamais *abattu*, mais il est très-vif, et varie souvent le même jour sous le rapport de la force et de la plénitude. Si, dans ce cas, l'on prescrit de nombreuses et larges saignées, afin d'obvier à la fause indication de l'inflammation, le pouls devient plus fréquent et plus faible, et le malade tombe dans le délire.

L'individu qui fait le sujet de cette observation, comme celui de la précédente, a présenté une respiration gênée et singulièrement accélérée, à l'époque où les symptômes nerveux furent le plus prononcés. Aucun symptôme n'indiquait d'ailleurs l'existence d'une inflammation des poumons ou des plèvres. Nous ne pourrions que répéter ici ce que nous avons dit à ce sujet dans l'observation précédente. Nous ajouterons seulement qu'Huxham avait très-bien saisi cet état de la respiration dans les fièvres graves. Gardez-vous, disait-il, de croire à une péripneumonie, parce que vous observez une grande anxiété, une forte oppression, la sensation d'un poids insupportable sur la poitrine. Comme nous, il rapportait ces symptômes au désordre du système nerveux. (*Traité de la fièvre lente nerveuse.*)

Les pétéchies se montrèrent quarante-huit heures après la saignée; elles restèrent constamment peu nombreuses et pâles. Elles se flétrirent et disparurent à l'époque de la plus haute intensité des symptômes de prostration: les toniques ne les firent point reparaître.

CXLVIe OBSERVATION.

Nouveau séjour à Paris. Au début, symptômes de fièvre *dite* inflammatoire; délire à la suite d'émissions sanguines. Plus tard, symptômes *dits* bilieux : émétique; le lendemain de l'administration de celui-ci, symptômes graves semblables à ceux d'un accès de fièvre pernicieuse; retour de cet accès les jours suivants; quinquina donné d'abord comme anti-périodique, puis comme tonique.

Un commissionnaire, âgé de dix-huit ans, d'une assez faible constitution, cheveux châtains, chairs molles, a toujours joui d'une bonne santé; il n'habite Paris que depuis trois mois, et n'a pas éprouvé de misère. Le 11 mai, sans cause connue, il sentit à son réveil un malaise général, de la céphalalgie; sa bouche était amère. Dans la journée, il eut du frisson.

Le 12, il s'alita.

Le 13, il entra à la Charité.

Le 14, il présenta l'état suivant :

Vive injection de la face et des conjonctives; peau halitueuse, pouls fréquent, développé; langue blanchâtre, rouge à la pointe, soif peu vive, ventre indolent et souple, une selle consistante en vingt-quatre heures.

Cet individu présentait un ensemble de symptômes inflammatoires qui réclamaient une émission sanguine. En localisant la maladie, on pouvait la considérer comme une gastrite, et faire dériver de celle-ci tous les autres symptômes comme autant de phénomènes sympathiques. Une large saignée fut pratiquée; la tisane d'orge oxymélée fut prescrite. Le sang tiré de la veine se réunit en un large caillot peu consistant, verdâtre à sa surface. Pendant la journée, l'état du malade

resta à peu près le même; il eut quelques nausées. La nuit, son sommeil fut agité par les rêves les plus incohérents; il n'alla qu'une fois à la selle.

Dans la matinée du 15, la fièvre persistait, la langue était moins animée. (*Trente sangsues à l'anus.*) La nuit, le malade s'agita beaucoup, et fut dans un état voisin du délire.

Le 16, il se plaignit d'un goût d'amertume insupportable; il avait de fréquentes nausées et peu de soif; la langue s'était couverte depuis la veille d'un enduit jaunâtre épais, il n'y avait pas eu de selle; la teinte rouge des pommettes contrastait avec la teinte jaune du pourtour des ailes du dez, des lèvres et des conjonctives; le pouls était toujours très-fréquent et plein, la peau chaude et sèche.

Ainsi, l'état du malade avait subi, depuis la veille, un changement notable. Aux symptômes franchement inflammatoires des jours précédents avait succédé cet ensemble de symptômes que l'on désigne sous le nom de symptômes bilieux. M. Lerminier prescrivit deux grains d'émétique dans une pinte d'eau de veau; mais comme la fièvre était encore intense, il fit précéder l'administration du vomitif par l'application de trente sangsues à l'anus.

Le malade ne vomit pas, et n'alla qu'une fois à la selle. Le lendemain 17, la langue, débarrassée de son enduit jaunâtre, avait repris sa rougeur; d'ailleurs même état. (*Tisane d'orge oxymélée.*)

Dans la soirée, le malade, qui avait assez bien passé la journée, fut pris d'un violent frisson, avec forte dyspnée. A huit heures, le frisson n'existait plus; mais le malade, dévoré par une chaleur brûlante, était plongé dans un haut degré de prostration; ce n'était que par intervalles qu'il répondait aux questions, et, par intervalles, il délirait complétement. La respiration était haute, accélérée, le pouls petit, concentré, irré-

gulier; les avant-bras étaient le siége de nombreux soubresauts de tendons.

Le malade avait ainsi passé subitement d'une situation peu grave à un état qui fut regardé comme à peu près mortel par ceux qui le virent le soir. Cependant dans la matinée du 18, nous le trouvâmes moins mal. La respiration était plus libre: les forces étaient relevées: les facultés intellectuelles avaient repris leur netteté; les soubresauts des tendons étaient plus rares; le pouls, régulier, conservait sa petitesse; la face exprimait encore un grand abattement, une douce moiteur couvrait la peau; le ventre était ballonné, aucune selle n'avait eu lieu; la vessie, distendue par une énorme quantité d'urine, faisait une saillie considérable au-dessus du pubis; on fut obligé de la vider avec la sonde; un vésicatoire, fait avec un mélange d'ammoniaque liquide et d'axonge, fut appliqué à chaque cuisse.

Même état jusqu'au 19, à six heures du soir. Alors, réapparition des mêmes symptômes que le 17, mais avec une intensité beaucoup plus grande. A neuf heures, le malade semblait comme frappé d'apoplexie; la perte de connaissance était complète; les paupières restaient abaissées; si on les soulevait, le globe de l'œil, fixe, immobile, paraissait insensible à l'impression des rayons lumineux; les narines se dilataient avec force à chaque inspiration, et chaque expiration était accompagnée de la dilatation passive des joues; la langue, aperçue au fond de la bouche, parut sèche et brune à son centre; le ventre était fortement ballonné; la fréquence des pulsations artérielles était telle qu'on ne pouvait les compter.

Le lendemain matin 20, à six heures, amendement semblable à celui que nous avions déjà observé le 18. le malade avait repris sa connaissance; mais il avait encore un air de stupeur fort remarquable; comme le 18, le peau était humide.

Ce retour périodique des mêmes symptômes sous le type tierce, le frisson qui annonçait leur invasion, la moiteur de la peau qui se manifestait à mesure que les symptômes graves disparaissaient, pouvaient porter à soupçonner l'existence d'une fièvre rémittente pernicieuse. Le second accès avait été plus violent que le premier; il était à craindre que le troisième ne fût mortel.

Le 21, jour où ce troisième accès devait se montrer, l'on donna, dix heures avant son invasion présumée, douze grains de sulfate de quinine par la bouche, et une once de poudre de quinquina en lavement.

Le soir, l'accès ne revint pas. Cependant il s'en fallait bien que le malade fût hors de danger; l'état adynamique se prononçait de plus en plus; la couleur noire de la langue avait fait des progrès; un dévoiement assez abondant s'était établi : le quinquina n'en fut pas moins continué en lavement à la dose d'une demi-once chaque jour jusqu'au 25, dans le but de prévenir tout retour des accès. Depuis le 20, la surface des vésicatoires avait pris une teinte brunâtre; et le 23, une large escarre les recouvrait. La paralysie de la vessie persistait, et l'urine n'était expulsée qu'à l'aide de la sonde.

Le 25, la langue, les lèvres et les dents étaient recouvertes d'une croûte noire épaisse; le ventre était fortement météorisé; cinq ou six selles liquides étaient rendues dans le lit. Il y avait en même temps chaleur âcre de la peau, grande fréquence et petitesse du pouls, qu'une légère pression faisait disparaître; air de stupeur très-prononcé; engourdissement des facultés intellectuelles; perte absolue de mémoire; faiblesse musculaire très-grande; escarres des vésicatoires, du sacrum, et du grand trochanter gauche; paralysie de la vessie. Le retour des accès ne semblait plus à craindre.

Dans cet état, fallait-il n'avoir égard qu'à la phlegmasie

non douteuse des voies digestives, et n'administrer que de simples adoucissants? Fallait-il plutôt prendre en considération l'état général des forces, dont plusieurs symptômes paraissaient indiquer l'absence réelle? Devait-on admettre avec Brown qu'à la période d'excitation générale avait succédé une période d'affaissement, ou dire avec M. Broussais que les forces n'étaient point absentes, mais qu'elles étaient toutes concentrées sur le tube digestif? En admettant cette dernière opinion, eût-ce été même un motif de rejeter les médicaments toniques et excitants? N'existe-t-il pas plusieurs cas d'inflammations externes où les toniques sont employés avec avantage, soit à l'intérieur, soit sur les surfaces enflammées elles-mêmes? M. Lerminier prescrivit un lavement de camomille avec addition de cinq gouttes d'huile essentielle de genièvre; la limonade citrique pour boisson; deux bouillons, une pinte de décoction de polygala; une autre pinte de décoction de deux gros de racine d'angélique avec addition de deux onces de sirop d'œillet. On sait combien Hildenbrand a vanté, dans les fièvres graves, l'emploi de la racine d'angélique; il la préférait comme moins dispendieuse, et en même temps comme plus efficace que la racine de contrayerva et de serpentaire de Virginie. Des embrocations d'huile de camomille camphrée furent faites sur le ventre.

Vingt-quatre heures après que ce mode de traitement eut été commencé, la langue s'était humectée, et n'était plus que légèrement brune à son centre; le pouls s'était relevé et avait moins de fréquence; l'expression de la face était plus naturelle, les yeux surtout étaient plus en harmonie avec les objets environnants. Le malade répondait nettement et avec précision aux questions; il parlait de son état de souffrance, comme un homme qui jouit de toute l'intégrité de ses facultés intellectuelles; mais il ignorait complètement où il était; il

n'avait sur son existence passée que des idées confuses; il lui était même impossible de se rappeler ce qui lui était arrivé la veille, ou même ce qu'il avait fait deux ou trois heures auparavant. Le ballonnement du ventre n'avait pas diminué; le dévoiement était aussi considérable; le malade lâchait sous lui, il n'urinait qu'avec la sonde. Les escarres furent couvertes de quinquina camphré. D'ailleurs, même prescription, plus une tasse de vin.

Le 27, l'infusion aqueuse de quinquina fut substituée à la décoction de polygala, et la limonade minérale à la limonade citrique.

Du 28 mai au 6 juin une amélioration rapide eut lieu. Les mêmes médicaments furent continués; nous vîmes, pendant qu'ils étaient administrés, la langue reprendre chaque jour un aspect de plus en plus naturel, le ventre redevenir souple, le dévoiement se modérer, puis cesser complétement, le pouls se ralentir, la stupeur disparaître, les forces se rétablir, la mémoire revenir, les plaies des vésicatoires se cicatriser, et les ulcères du sacrum ainsi que ceux du grand trochanter, qui avaient succédé à la chute des escarres, se déterger et prendre une belle couleur vermeille.

Il n'y eut pendant tout ce temps aucune sueur, aucun phénomène qui pût être considéré comme critique.

Le 6 juin, le pouls n'avait plus qu'une fréquence médiocre, et la chaleur de la peau avait perdu son âcreté; la diarrhée avait entièrement cessé. Le malade, qui semblait sur le point d'entrer en convalescence, demandait avec instance des aliments. Malheureusement l'ulcère du grand trochanter faisait chaque jour des progrès. La suppuration abondante qui en résultait empêchait le malade de reprendre ses forces; elle pouvait même devenir une cause de rechute et de mort. L'infusion aqueuse de quinquina fut remplacée par six onces de

vin de quinquina. D'innombrables observations constatent les bons effets de cette substance dans tous les cas de suppuration abondante sans réaction générale vive. De Haen surtout en a signalé les avantages. (*Rat. med., pars undecima, caput primum.*)

Le vin de quinquina fut continué à la dose de six à huit onces chaque jour pendant tout le cours du mois de juin et le commencement de juillet. Pendant ce temps, les ulcérations cessèrent enfin de s'étendre; celle du sacrum se cicatrisa assez promptement; mais les bords de l'ulcère du grand trochanter se décollèrent. On parvint peu à peu à en opérer le recollement à l'aide d'une compression méthodique. La cicatrisation n'était pas encore complète le 15 juillet. A mesure que l'ulcération avait diminué, le pouls était aussi devenu de moins en moins fréquent. A dater des premiers jours de juillet, toute espèce de fièvre cessa, et la suppuration n'étant plus que très-peu abondante, l'usage du vin de quinquina fut suspendu. Le malade était dans l'état le plus satisfaisant: il commençait à se promener dans les salles et dans le jardin de l'hôpital; il mangeait le quart, et buvait deux tasses de vin chaque jour.

Dans la nuit du 15 au 16 juillet, apparurent sur les fesses huit à dix boutons varioliformes. Le lendemain quelques-uns se montrèrent sur les bras et sur la face. Rouges et coniques d'abord, ils étaient déjà blancs, trente heures environ après leur apparition. Quatre ou cinq étaient déprimés à leur centre; les autres conservaient leur forme pointue. On en remarquait quelques-uns de confluents à la région lombaire. Au bout de trois jours ils étaient tous desséchés. Du reste, aucun mouvement fébrile, aucun trouble n'accompagna cette éruption, qui nous parut ressembler beaucoup à une varicelle. Le malade portait les marques de la vaccine.

Pendant les quinze derniers jours de juillet, les pieds s'œ-

dématièrent légèrement chaque soir. Cette infiltration passive fut combattue par le vin diurétique amer de la Charité, et se dissipa à mesure qne les forces se rétablirent. Le malade sortit très-bien portant le 6 août.

Nous avons déjà essayé de faire ressortir, dans le cours de cette observation, les circonstances qui la rendent surtout remarquable. Nous avons vu que les symptômes inflammatoires qui existaient dans le principe furent combattus par de larges et nombreuses émissions sanguines; que plus tard un vomitif fut administré ; il ne donna lieu à aucune évacuation; et le lendemain se montra un premier redoublement, qui donna à la maladie le caractère d'une fièvre rémittente pernicieuse. Le second redoublement fut encore plus terrible; le quinquina fut alors donné avec succès. Je ne chercherai point comment les bons effets du quinquina dans ce cas peuvent être expliqués; je me contente de raconter le fait, et de rappeler qu'il suffit d'ouvrir les livres pour trouver d'innombrables exemples de cas analogues. De semblables succès auraient-ils été obtenus si l'irritation gastro-intestinale avait joué le principal rôle dans cet ensemble de phénomènes effrayants qui caractérisèrent l'accès? Dans cette iritation peut être le point départ, mais en elle ne réside point toute la maladie.

Lorsqu'il ne resta plus que les symptômes encore très-graves d'une fièvre adynamique des plus intenses, c'est encore une médication éminemment tonique que l'on opposa à ces symptômes; pendant que cette médication était donnée, la langue, sèche et noire, revint promptement à son état naturel.

Enfin, lorsqu'une abondante suppuration épuisait le ma-

lade, c'est encore par le quinquina, donné à une dose considérable, que les forces furent soutenues.

Nous devons aussi noter l'éruption varioliforme, et l'œdème qui survint pendant la convalescence : résultat de la débilité générale, cet œdème disparut à mesure que les forces se rétablirent.

CHAPITRE III.

RÉSUMÉ (1).

ARTICLE PREMIER.

ÉTIOLOGIE.

Existe-t-il un certain nombre de causes que l'on puisse regarder, avec quelque fondement, comme ayant produit les maladies dont les observations précédentes fournissent des exemples?

Parmi les individus qui font le sujet de ces observations, plusieurs avaient éprouvé des chagrins, d'autres avaient été soumis, pendant un temps plus ou moins long, à toutes les angoisses de la misère; privés d'ouvrage, ils n'avaient eu pour vivre qu'une alimentation malsaine ou insuffisante. Quelques-uns s'étaient fatigués au travail; ils avaient supporté de longues veilles; quelques autres avaient commis de fréquents écarts de régime, où s'étaient livrés à divers genres d'excès: mais chez un grand nombre, aucune de ces influences n'avait agi. Ils s'étaient toujours bien nourris; ils avaient toujours travaillé sans se fatiguer, et ils n'avaient commis aucun excès. Les ré-

---

(1) Ce résumé est plus particulièrement relatif à nos cas d'entérite folliculeuse.

sultats auxquels nous sommes arrivés à cet égard sont d'accord avec ceux qu'a obtenus M. Louis. Il ne cite qu'un petit nombre d'individus chez lesquels une mauvaise alimentation a été l'une des circonstances qui ont précédé le développement de leur maladie. Chez quelques autres, des fatigues excessives, des peines morales avaient agi; mais chez le plus grand nombre, rien ne prouve au moins que ces diverses influences aient joué un rôle dans la production de la fièvre.

Ce que nous disons des ouvriers soignés dans les hôpitaux, nous pourrions le dire aussi d'autres classes de la société. Je prendrai pour exemple nos jeunes élèves en médecine. On a regardé les miasmes des lieux de dissection comme l'une des causes qui rendent chez eux la fièvre typhoïde si commune. Cependant, je puis affirmer que chez un très-grand nombre la maladie se déclare avant qu'ils n'aient fréquenté les amphithéâtres. Elle est loin d'être rare chez les étudiants en droit, et enfin on l'observe assez souvent parmi les jeunes gens qui achèvent leurs classes dans des colléges, où ils vivent enfermés. On a accusé aussi, chez les étudiants, la mauvaise nourriture, les excès, et cependant bien souvent je l'ai vue frapper des jeunes gens qui se nourrissaient bien, et dont la conduite avait été très-régulière.

Il est une autre circonstance beaucoup plus générale, qui ressort de nos observations, comme de celles de MM. Petit et Serres, Bouillaud et Louis; c'est l'arrivée nouvelle à Paris. Parmi les individus qui font le sujet des observations précédentes, il en est un grand nombre qui n'avaient habité Paris que quelques semaines ou quelques mois, lorsqu'ils commencèrent à devenir malades. Ce n'est pas ordinairement dans les premiers temps du séjour à Paris que la santé se dérange; c'est plus souvent après une habitation de six à quinze mois. C'est dans cet intervalle de temps que nous avons vu en être frap-

pés le plus communément les élèves en médecine et en droit, aussi bien que les jeunes ouvriers qui viennent chercher un asile dans nos hôpitaux.

Cependant, tout en admettant que les individus récemment arrivés à Paris sont plus exposés que d'autres à être atteints du genre d'affection qui nous occupe, nous n'en conclurons pas qu'elle n'atteint exclusivement que cette classe d'individus. Nous avons cité, dans les observations particulières, un assez grand nombre de cas relatifs à des individus qui habitaient Paris depuis un grand nombre d'années, et qui offrirent, d'une part les divers symptômes des fièvres graves, et d'autre part la lésion spéciale des follicules intestinaux. Pendant l'été de 1829, il s'est présenté au Bureau Central un assez grand nombre d'individus qui présentaient tous les symptômes de la fièvre typhoïde à divers degrés de gravité, et un tiers au moins de ces individus étaient à Paris depuis plusieurs années. Nous avons vu cette même maladie frapper des élèves en médecine qui habitaient la capitale depuis quatre à six ans. Cela arrive surtout dans les cas où les dothinenteries devenant tout-à-coup plus nombreuses, se montrent sous forme véritablement épidémique; hors ce cas, la loi du développement de l'entérite folliculeuse pendant les deux premières années du séjour à Paris se vérifie plus généralement.

Une fois développée, la fièvre typhoïde est-elle susceptible de se propager par contagion? Dans ces derniers temps, le docteur Bretonneau, M. Gendron et quelques autres médecins ont soutenu que la dothinenterie était une affection éminemment contagieuse: nous ne nions pas les faits cités par ces auteurs; mais ce que nous avançons avec assurance, c'est que jamais à Paris, soit dans les hôpitaux, soit hors des hôpitaux, nous n'avons reconnu à cette maladie le moindre caractère contagieux. Dans les hôpitaux, on ne voit pas qu'elle se trans-

mette de l'individu qui l'apporte du dehors à ceux qui sont couchés dans les lits voisins du sien : on ne voit pas non plus que les malades, auxquels on donne le lit précédemment occupé par un individu guéri ou mort de dothinenterie, viennent à en être atteints. Les médecins ou élèves en médecine qui en sont frappés ne sont pas plus particulièrement ceux qui ont touché les malades qui en étaient affectés. Hors les hôpitaux, quelles circonstances sont plus favorables à la contagion que celles que l'on trouve réunies chez les élèves en médecine qui soignent leurs camarades malades de fièvre typhoïde ? Renfermés dans une chambre ordinairement peu spacieuse, ils lui prodiguent jour et nuit les soins les plus assidus comme les plus dévoués : si la maladie était contagieuse, presque tous devraient la contracter ; et cependant nous ne nous rappelons pas avoir vu une seule fois la maladie naître de cette manière chez un individu sain. Plusieurs fois nous nous sommes informés si le lit ou la chambre qu'occupait un élève actuellement malade l'avaient été récemment par d'autres qui avaient eu aussi la dothinenterie, et nous avons vu qu'il n'en avait été ainsi que dans des cas fort rares, de telle sorte qu'il était alors permis de penser que si dans un même lieu s'étaient succédé deux individus atteints d'une même espèce de maladie, ce n'était là qu'un simple hasard. Il est toutefois un fait bien digne d'attention, et que nous avons eu plusieurs fois l'occasion de vérifier : c'est la manière épidémique dont se montre de temps en temps la fièvre typhoïde à Paris dans certaines localités : c'est ainsi que dans les pensions, et dans d'autres établissements où sont réunis un grand nombre de personnes encore jeunes, on voit quelquefois la fièvre typhoïde attaquer simultanément, ou successivement plusieurs individus, comme le fait d'autres fois, dans les mêmes établissements, la scarlatine ou la rougeole.

Les individus doués des constitutions les plus diverses sont également atteints par la maladie qui nous occupe ; ce serait une grave erreur de croire qu'elle atteint de préférence les individus d'une constitution débile, qui ont un sang pauvre, des muscles peu développés, et chez lesquels le tempérament lymphatique semble prédominer. Loin de là, elle se montre au moins aussi communément chez les hommes dont la peau est fortement colorée, et dont le système musculaire très-prononcé paraît dénoter une grande somme d'énergie. C'est souvent chez de pareils individus qu'après peu de jours de maladie on voit survenir un état adynamique qui ne semble pas être toujours le résultat d'une simple oppression des forces. Il ne faut pas croire, en effet, que ce qu'on appelle *force de de résistance vitale* se traduise toujours rigoureusement par l'état de l'appareil musculaire ; elle est bien plutôt représentée par l'activité du système nerveux; et cette activité est bien souvent en raison inverse de l'énergie apparente du système locomoteur.

Du reste, à cet égard, les observations de MM. Bouillaud et Louis confirment pleinement les nôtres. Parmi les sujets dont ils ont rapporté l'histoire, il en est un gand nombre qui présentaient tous les traits de ce qu'on appelle le tempérament sanguin; beaucoup avaient la peau brune, l'apparence d'une grande force musculaire; ils étaient pourvus d'assez d'embonpoint, et leur nutrition ne paraissait avoir nullement souffert.

Tous les âges ne sont pas également exposés à présenter les divers groupes de symptômes qui caractérisent les fièvres continues. Il résulte de nos observations, aussi bien que de celles des autres auteurs, que c'est depuis l'âge de vingt ans jusqu'à celui de trente qu'elles sont les plus communes. Depuis trente-cinq jusqu'à la vieillesse, elles deviennent de plus en plus

rares ; puis, après l'âge de soixante-dix ans, on voit reparaître la fièvre adynamique. C'est au milieu des symptômes qui la caractérisent que succombent un assez grand nombre de vieillards, ceux surtout qui, jusque là, avaient joui d'une bonne santé, et qui semblaient avoir usé peu à peu leur énergie vitale, sans que chez eux il y eût lésion profonde d'aucun organe.

Les vieillards nous offrent donc, comme les jeunes gens, des exemples assez fréquents de fièvre adynamique. Mais, chez eux, les lésions d'organes dont cette fièvre est ou l'effet ou la complication ne sont pas semblables à celles qu'on rencontre à une époque moins avancée de la vie. Ainsi, chez les jeunes gens, sur dix cas de fièvre dite adynamique, il y en a au moins neuf dans lesquels la lésion principale qu'on trouve sur le cadavre est une dothinenterie. Chez les vieillards, au contraire, la dothinenterie est extrêmement rare ; il est même douteux qu'on ait observé des dothinenteries, constatées par la nécropsie, chez des sujets âgés de plus de soixante ans ; de cinquante à soixante ans, il y en a à peine des exemples. Mais, en l'absence de la dothinenterie, des symptômes en partie semblables à ceux qu'elle a produits dans la jeunesse apparaissent avec la plus grande facilité à l'occasion de toute autre lésion, soit d'une pneumonie, soit d'une simple érysipèle, soit d'un phlegmon léger, soit d'une maladie des voies urinaires, etc. Leur langue se sèche et noircit, sans qu'il y ait chez eux aucune lésion intestinale appréciable après la mort. C'est là un de ces cas dans lesquels la forme symptomatique d'une maladie reste la même, bien qu'il n'y ait plus identité dans sa forme anatomique.

ARTICLE II.

DE L'ÉTAT DES DIFFÉRENTS ORGANES APRÈS LA MORT ET PENDANT LA VIE.

TUBE DIGESTIF.

§ Ier. LÉSIONS TROUVÉES APRÈS LA MORT DANS LE TUBE DIGESTIF.

Nous avons à examiner ces lésions sous le point de vue de leur constance, de leur fréquence, de leur siége, de leur nature, de leur intensité, et enfin de leurs rapports avec les symptômes.

A. CONSTANCE DES LÉSIONS DU TUBE DIGESTIF.

Toutes les fois qu'un individu a succombé à l'un des groupes morbides qui caractérisent l'une des fièvres essentielles décrites dans la Nosographie philosophique, trouve-t-on sur le cadavre le tube digestif malade? A cela les faits répondent négativement. Relisez sous ce point de vue nos observations particulières, vous trouverez quelques cas de fièvres dites adynamiques ou ataxiques, dans lesquels le tube digestif n'a présenté, après la mort, aucune espèce de lésion appréciable. M. Bouillaud a cité des cas semblables. L'observation 1re de son *Traité des fièvres* relate l'histoire d'un individu qui suc-

comba rapidement avec tous les symptômes d'une fièvre inflammatoire intense (*febris ardens* ou *causus* des anciens), et chez lequel on ne trouva dans le tube digestif d'autre lésion que des vergetures d'un rouge foncé vers l'extrémité splénique de l'estomac; mais notez que l'ouverture du cadavre fut faite pendant les chaleurs du mois de juillet, plus de vingt-quatre heures après la mort; et les personnes versées dans l'étude de l'anatomie pathologique savent fort bien qu'en ouvrant, sous l'influence de pareilles circonstances, le cadavre d'un sujet mort de maladie aiguë, neuf fois sur dix on trouvera un semblable état de l'estomac.

Dans l'observation XXIV du même ouvrage il est question d'un homme qui, cinq jours après avoir éprouvé une fracture comminutive d'un membre, succomba au milieu des symptômes d'une fièvre dite putride ou adynamique. Le tube digestif ne présenta aucune altération. On ne rencontra pas non plus de lésion dans ce tube chez les individus qui font le sujet des observations XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX, et qui, atteints d'affections locales diverses (érysipèle, gangrène extérieure, phlébite, etc.), succombèrent aussi avec les symptômes dits adynamiques, et spécialement avec la langue sèche, les dents fuligineuses.

M. Louis, qui regarde la lésion des follicules intestinaux comme le caractère anatomique de la fièvre typhoïde, a cependant publié quelques cas dans lesquels on ne trouva dans le tube digestif ni cette lésion ni aucune autre digne de remarque chez des individus qui, pendant leur vie, auraient certainement été regardés, par l'école de Pinel, comme atteints d'une fièvre adynamique. Ainsi, dans l'observation LI de son ouvrage, M. Louis décrit ainsi l'état du tube digestif d'un individu mort le onzième jour d'une maladie pendant laquelle il présenta du délire, de l'assoupissement, du météorisme,

des selles involontaires, une langue d'abord sèche et râpeuse, puis noire et encroûtée :

« La membrane muqueuse gastrique était d'une teinte bistre ou verdâtre, très-légèrement ramollie, et d'une épaisseur proportionnée à son volume. L'intestin grêle était médiocrement distendu par des gaz, contenait un peu de bile jaune et de mucus. Sa membrane muqueuse avait la même couleur dans quelques points, et était généralement blanchâtre, d'une épaisseur et d'une consistance convenables, si ce n'est dans les quatre derniers pieds de l'iléon, où elle était un peu ramollie, toutes les plaques elliptiques étaient saines. Le gros intestin contenait des matières fécales; sa membrane interne était verdâtre ou jaunâtre, et, à cela près, parfaitement saine. Les glandes mésentériques étaient fort petites. »

L'individu dont l'histoire est consignée dans l'observation LII de l'ouvrage de M. Louis présentait, encore plus que le précédent, la réunion de tous les traits de la fièvre dite putride, ataxo-adynamique ou typhoïde, ou, si l'on veut, de la dothinenterie : au debut, anorexie, vomissements, diarrhée, puis céphalalgie intense, délire, assoupissement, grande faiblesse musculaire, escarres au sacrum, taches comme scorbutiques sur la peau, selles involontaires, météorisme, langue collante, sèche. Cependant, voici dans quel état fut trouvé le tube digestif :

« L'estomac, d'un médiocre volume, contenait un peu de bile et quelques mucosités. Sa membrane interne était légèrement tachée de rouge dans toute son étendue. Le duodénum était sain. La membrane muqueuse de l'intestin grêle était pâle et parfaitement saine dans toute sa longueur. Il en était de même des plaques elliptiques de l'iléum, toutes minces, blanches ou légèrement tiquetées de gris, comme on l'observe dans l'état naturel. La membrane muqueuse du gros intestin était

blanche, ramollie dans le colon droit, puis augmentait assez rapidement de consistance. Les glandes mésentériques étaient pâles, petites et saines. »

Au commencement de l'année 1829, M. Dalmas a examiné à la Charité (clinique de M. Chomel) le cadavre d'un individu âgé de quinze ans, dont la maladie avait été regardée comme une fièvre typhoïde, et dont le tube digestif fut trouvé parfaitement sain.

M. le docteur Martinet a observé à l'Hôtel-Dieu un cas fort remarquable, dans lequel, pour expliquer les symptômes de la fièvre ataxo-adynamique de Pinel, on ne trouva autre chose qu'un ramollissement considérable du foie, et rien dans le tube digestif. Cette observation, publiée dans le tome LXVI de la *Bibliothèque médicale*, nous semble assez intéressante pour que nous la reproduisions ici textuellement :

« Un jeune garçon, âgé de quinze ans, habitant Nanterre, malade depuis vingt-un jours environ, avait éprouvé successivement de la douleur au ventre, un dévoiement et un ictère consécutif; pendant tout ce temps il ne s'était nullement plaint de la tête. Le 27 avril 1817, il est conduit à l'Hôtel-Dieu; le soir, il a du délire : on lui applique des sinapismes aux pieds.

» Le 28, décubitus en supination, affaissement général, assoupissement, sensibilité diminuée, rêvasseries, yeux habituellement fermés, à moins qu'on ne l'excite; pupille un peu dilatée, immobile; mouvements beaucoup moins libres que dans l'état naturel; le malade peut à peine soulever ses bras, surtout le gauche, qui retombe comme une masse. La paupière droite est demi-paralysée; la tête un peu douloureuse, la parole lente et pénible, les réponses difficiles et rarement justes. Pouls rare (cinquante-une pulsations); langue humide, un peu jaunâtre; bouche fétide; teinte jaune des conjonctives et du corps en général; lèvres fuligineuses; chaleur naturelle; dou-

leur dans le ventre, n'augmentant pas sensiblement par la pression. Les jambes œdémateuses à leur partie inférieure, avec quelques ecchymoses; poitrine sonore, pas de toux; face peu altérée. *Traitement :* décoction de quinquina, limonade végétale vineuse; huit pilules de camphre, de trois grains chaque; julep, avec extrait de quinquina ʒ ß, éther ʒ j; sinapismes aux genoux. Le soir, urines involontaires, jaunes; un peu de mieux, point de loquacité.

» Le 29, céphalalgie, mouvement plus facile du bras gauche, réponses justes; ouïe claire; langue humide, à peine blanchâtre; bouche nettoyée; ictère plus prononcé, point de selles; nulle douleur au ventre, même à la pression; même état du reste. *Traitement :* quatre sangsues derrière chaque oreille; cataplasme acétique sur la région du foie, eau de Seltz; le reste comme les jours précédents. Le soir, point de délire; les sangsues ont coulé toute la journée et toute la nuit.

» Le 30, assoupissement plus marqué; yeux fermés, surtout le droit, couverts de chassie; mouvement plus difficile des bras, qui ne peuvent être soulevés jusqu'à la tête; parole plus rare, plus lente, mais juste; pouls petit, serré, moins lent (soixante-cinq pulsations); ventre douloureux à la pression; tête moins douloureuse; constipation; les autres symptômes comme la veille. *Traitement :* eau de veau, tamarin avec tartre stibié, gr. 1 ß; sulfate de magnésie, ℥ ij; lavements laxatifs; fomentations émollientes; eau de Seltz; dix sangsues sur la région du foie. Quelques moments après la visite le malade est plus mal, l'assoupissement augmente; le soir, après l'application des sangsues, l'état comateux est encore plus prononcé.

Le 1er mai, face beaucoup plus jaune, décolorée, altérée; dilatation des ailes du nez; état comateux; yeux fermés, pupilles rétractées; réponses nulles, plaintes continuelles; respiration courte; pouls petit, moins fréquent (cent seize pulsations);

bouche et langue humides; nul mouvement des membres, qui cependant ne retombent pas comme une masse, après avoir été soulevés; constipation. *Traitement :* bain à 25°, trois affusions à 70° (effet à peine marqué, le pouls se développe un peu dans le bain); décoction de quinquina gommée; lin, pariétaire; lavement avec décoction de quinquina; camphre ʒ j; julep avec extrait de quinquina ʒ j ß, éther ʒ j; musc, gr. 12 en 4 pilules; sinapismes aux genoux et aux cuisses.

» Dans la nuit, mort.

OUVERTURE DU CADAVRE.

» *Habitude du corps.* Ictère général, téguments de l'abdomen verdâtres.

» *Tête.* Cerveau, cervelet, protubérance annulaire, membranes dans l'état naturel, point de sérosité dans les ventricules.

» *Poitrine.* Les lobes inférieurs des poumons sont gorgés de sang dans leur partie postérieure, ce qui ne peut être considéré que comme un effet cadavérique, du reste ils sont très-sains; la membrane muqueuse trachéale est d'un rouge un peu livide, jusqu'aux premières ramifications des bronches; le cœur et le péricarde ne présentent rien de particulier.

» *Abdomen.* Le foie, d'un tiers moins volumineux qu'à l'ordinaire, et dans un état de ramollissement considérable, se laissait pénétrer par le doigt avec la plus grande facilité, et se réduisait en une espèce de pulpe. Son tissu ne peut mieux être comparé qu'à celui de la rate, et sa couleur à celle de la rhubarbe, qu'il imitait parfaitement, par le mélange des stries rougeâtres que l'on remarquait dans son parenchyme, qui du reste était entièrement jaune.

» La membrane muqueuse de l'estomac présentait, seule-

ment vers le pylore, quelques points rouges. L'épiploon était également rouge dans une assez grande étendue ; le mésentère dans quelques points seulement. La vessie, les reins, la membrane interne des intestins se trouvaient dans l'état naturel; quelques-uns des ganglions mésentériques étaient augmentés de volume (1). »

Le docteur Neumann, médecin de l'hôpital de la Charité de Berlin, ne paraissait pas encore connaître les travaux de notre savant compatriote, M. Bretonneau, sur la dothinenterie, lorsqu'en 1816 il publia un mémoire sur une espèce de fièvre qu'il regarde comme régnant chaque année épidémiquement à Berlin, et qu'il compare au typhus. La description générale qu'il en donne est celle qu'on pourrait faire en rassemblant ce qu'offre de commun nos observations particulières réunies à celles de MM. Petit, Bouillaud, Louis, etc. Chez les individus qui ont succombé, M. Neumann dit avoir trouvé, vers la fin de l'intestin grêle, des plaques, des ulcérations, en un mot, cet ensemble de lésions qui constituent notre exanthème intestinal ou la dothinenterie de M. Bretonneau. Cependant, bien que ces lésions aient été rencontrées par M. Neumann dans la majorité des cas, il en est quelques-uns dans lesquels il ne les a pas observées; il n'y avait à la surface interne de l'intestin qu'une injection peu considérable des capillaires; quelquefois enfin cette injection elle-même manquait, et l'au-

---

(1) Tout en accordant la plus grande confiance aux résultats obtenus par un observateur aussi exact et aussi éclairé que M. Martinet, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer qu'à nos yeux l'augmentation de volume des ganglions mésentériques est une présomption pour croire que la membrane muqueuse intestinale n'était pas aussi parfaitement saine que le dit l'auteur : peut-être aussi avait-elle été antérieurement malade.

topsie ne montrait dans les voies digestives aucune trace de maladie.

Enfin, dans la maladie fébrile qui règne endémiquement dans plusieurs parties de la Grande-Bretagne, et qui, par ses symptômes, présente la ressemblance la plus grande avec nos fièvres continues, bien souvent on a trouvé au sein du tube digestif des altérations pareilles à celles que nous ont offertes la plupart de nos observations. Toutefois, dans un certain nombre de cas, le docteur Allison, d'Édimbourg, à qui l'on doit une excellente description de cette maladie, affirme n'avoir rencontré ni plaques exanthémateuses, ni ulcérations, ni aucune autre lésion dans les voies digestives. Nous devons accorder d'autant plus de confiance aux recherches de ce médecin, qu'à l'époque où il s'y livra, il venait de quitter Paris, où il avait assisté à plusieurs ouvertures de cadavres d'individus morts de fièvres graves, et qu'à Édimbourg il fit des autopsies, s'attendant à retrouver ces mêmes plaques, ces mêmes exanthèmes, ces mêmes rougeurs qu'on lui avait montrées à Paris, et dont il avait lu la description dans les ouvrages français.

En rapprochant de ces faits vus par divers hommes et en divers lieux, les faits que nous avons recueillis nous-même, et que nous avons cités avec tous leurs détails dans les observations particulières, nous nous croyons fondé à établir la proposition suivante :

Dans les pyrexies qui constituent les divers groupes morbides désignés dans la Nosographie de Pinel sous le nom de fièvres essentielles, on ne trouve pas constamment, après la mort, des lésions dans le tube digestif.

D'où il suit que plusieurs de ces groupes morbides peuvent avoir une existence indépendante de celle d'une affection gastro-intestinale.

B. FRÉQUENCE DES LÉSIONS DU TUBE DIGESTIF.

Si ces lésions ne sont pas constantes, sont-elles au moins tellement fréquentes, que par cette fréquence même elles acquièrent à peu près autant d'importance que si elles ne manquaient jamais ?

Depuis que M. Broussais a appelé l'attention sur l'état du tube digestif dans les fièvres, des faits innombrables ont démontré que dans presque tous les cas où l'on ouvre le cadavre d'un individu mort pendant le cours d'une fièvre dite essentielle, on trouve le tube digestif malade. Nos observations propres confirment pleinement ces résultats, qui peuvent se traduire dans la proposition suivante :

Dans les pyrexies qui constituent les divers groupes morbides désignés sous le nom de fièvres essentielles, on trouve très-fréquemment, après la mort, quatre-vingt-dix-huit fois sur cent environ, des lésions dans le tube digestif.

D'où il suit que les lésions du tube digestif jouent un rôle très-important dans ces maladies, et qu'elles doivent être prises en considération, soit qu'il s'agisse de remonter à la nature des fièvres, soit qu'on veuille en déterminer le traitement. La fréquence des lésions intestinales dans les fièvres nous a tellement convaincu de leur importance, que, sachant qu'elles manquent quelquefois, sachant aussi que, lorsqu'elles existent, elles ne peuvent pas tout expliquer, nous avons cru cependant devoir parler des fièvres dans la partie de notre clinique spécialemeut consacrée aux maladies des organes abdominaux.

C. SIÉGE ET NATURE DES LÉSIONS DU TUBE DIGESTIF.

Examiné depuis l'orifice cardiaque de l'estomac jusqu'à la

fin du rectum, le tube digestif ne se montre pas altéré avec une égale fréquence dans ses diverses parties chez les individus qui succombent pendant le cours d'une fièvre continue.

a. Estomac.

Sur plusieurs sujets nous avons trouvé cet organe exempt de toute lésion appréciable : il était, dans toute son étendue, d'une grande blancheur; à peine quelques veines se dessinaient-elles au-dessous de sa membrane muqueuse. Cette membrane, ainsi que les autres tuniques, avaient partout leur consistance physiologique; elles n'étaient non plus ni plus minces ni plus épaisses que dans leur état normal.

Sur d'autres sujets, plus nombreux que les précédents, la surface interne de l'estomac présentait, en quelques points de son étendue, des taches rouges qui résultaient de l'agglomération d'une foule de petits vaisseaux finement injectés. Tantôt ces taches réunies occupaient un espace à peine assez grand pour recevoir une pièce de cinq sous à quarante sous; tantôt, et ce dernier cas était plus rare que le précédent, le tiers ou la moitié de l'estomac présentait cette espèce d'injection.

D'autres fois, on observait à la surface interne de l'estomac une injection générale, mais peu considérable.

Cette injection se montrait plus fréquemment vers le grand cul-de-sac que dans les autres parties de l'estomac.

Dans quelques cas nous avons trouvé la teinte rouge remplacée par une coloration brune, ardoisée ou jaune.

Chez un très-petit nombre de sujets nous avons constaté l'existence d'ecchymoses peu étendues dans le tissu cellulaire sous-muqueux; ces ecchymoses occupaient plus particulièrement la portion splénique de l'estomac.

A peine avons-nous rencontré deux ou trois fois une aug-

mentation notable de consistance de la membrane muqueuse gastrique. Très-souvent, au contraire, nous avons constaté un ramollissement considérable de cette membrane; mais ce ramollissement n'était pas également fréquent sur tous les points de l'estomac; assez rare dans la portion pylorique ainsi que sur les faces antérieure et postérieure de l'estomac, il se montrait comme une lésion très-commune dans le grand cul-de-sac. Il présentait, sous le rapport de sa couleur, trois variétés : une blanche, une grise ou brune, et une rouge.

Dans un seul cas, ce ramollissement n'était pas borné à la membrane muqueuse; toutes les tuniques en avaient été atteintes; il suffisait de les tirailler très-légèrement pour les rompre; en plusieurs points même, les tuniques muqueuse, celluleuse et musculaire avaient disparu, et les parois de l'estomac n'étaient plus constituées en ces points que par la membrane séreuse, qui était devenue elle-même très-friable. Ce remarquable ramollissement existait d'ailleurs sans rougeur ni aucune autre coloration insolite.

Une fois la membrane muqueuse de l'estomac nous a présenté un grand nombre d'ulcérations, toutes semblables en forme et en grandeur, et une autre fois nous avons trouvé l'estomac complètement perforé dans sa portion splénique.

Les matières contenues dans l'estomac nous ont rarement offert quelques particularités dignes de remarque. Le plus ordinairement il ne contenait autre chose que les boissons avalées par les malades, et quelques gaz. Nous n'avons jamais trouvé dans l'estomac une quantité de mucosités très-considérable, et ce n'est que dans un très-petit nombre de cas qu'il contenait de la bile. Chez un individu qui avait eu, dans les dernières heures de sa vie, un abondant vomissement noir, la surface interne de l'estomac était couverte par une matière analogue à celle du vomissement; cette matière ne sem-

blait être autre chose que du sang modifié dans sa couleur et dans quelques-unes de ses propriétés par son séjour dans l'estomac.

Le volume de l'estomac ne nous a paru que très-rarement différer de celui qu'il présente sur la plupart des cadavres. Deux ou trois fois seulement nous l'avons trouvé tellement contracté vers sa portion pylorique, qu'il égalait à peine, dans cette portion, le volume d'un intestin grêle; dans ce cas, la membrane muqueuse n'était pas plus malade que dans d'autres cas où n'existait pas une semblable coarctation.

Tels sont les états divers dans lesquels nous avons trouvé l'estomac des individus morts pendant le cours de fièvres continues. Dans tout cela il n'y a rien de spécial, il n'y a rien qu'on ne trouve dans l'estomac des individus morts de toute autre maladie. Sur une foule de cadavres on retrouve ces injections, ces rougeurs, ces colorations diverses, ces ecchymoses, ces ramollissements, sans qu'il y ait eu pendant la vie aucun symptôme qui rappelle ceux des fièvres dites essentielles; ces altérations n'appartiennent pas plus aux maladies aiguës qu'aux maladies chroniques; plusieurs même peuvent être regardées à juste titre comme un résultat purement cadavérique. Quant aux ulcérations que nous avons trouvées une fois dans l'estomac, et à la perforation qu'une fois aussi il nous a offerte, on les rencontre aussi dans d'autres maladies, et elles ne peuvent d'ailleurs expliquer les symptômes que pour les cas mêmes où on les a observées.

Ce que nous venons de dire se fortifie encore du résultat des observations de M. Bouillaud, et de celle de M. Louis, qui n'ont pas trouvé dans l'estomac des altérations différentes de celles que nous venons de rappeler.

Ces faits nous conduisent à établir les propositions suivantes :

1re. On trouve l'estomac sain chez un assez grand nombre d'individus qui succombent pendant le cours d'une fièvre dite essentielle, quelle qu'ait été la forme symptomatique de cette fièvre.

2e. Les altérations qu'on trouve dans l'estomac des individus qui meurent pendant le cours de cette fièvre n'ont rien de spécial, rien qui puisse en constituer le caractère anatomique.

3e. Ces altérations ne diffèrent pas de celles que l'on découvre sur les cadavres des individus morts de toute autre maladie, soit aiguë, soit chronique.

4e. Elles se rencontrent avec une fréquence à peu près égale, et chez les sujets morts pendant une fièvre continue, et chez ceux qui succombent à une maladie différente (1).

5e. Toute fièvre dite essentielle n'est pas nécessairement le produit d'une gastrite.

6e. Les traces de gastrite qu'on trouve à l'ouverture des corps ne sauraient toujours suffire pour rendre raison des divers groupes morbides appelés fièvres essentielles.

7e. Avant de placer dans un état inflammatoire de l'estomac la cause de ces maladies, il faudrait commencer par défalquer, de ce qui peut caractériser cet état inflammatoire, les altérations diverses qui peuvent être dues à une toute autre cause qu'à un travail d'irritation, et dont plusieurs même ne se sont formées qu'après la mort (2). On trouverait alors que le nombre des cas où l'on peut rapporter la fièvre à une phlogose gastrique devient moins considérable qu'on ne serait d'abord porté à le croire.

---

(1) Les recherches qui nous ont amené à établir cette quatrième proposition sont tout-à-fait confirmatives de celles de M. Louis.

(2) Voyez sur ce point de doctrine notre *Précis d'anatomie pathologique*.

8e. Il est cependant des cas où la gastrite aiguë doit être regardée comme le point de départ des fièvres graves (1).

b. Intestin grêle.

Envisagées relativement à leur siége, les altérations de l'intestin grêle se montrent d'autant plus fréquentes, qu'on examine cette partie du tube digestif plus près de son union avec le gros intestin.

Ainsi, nous n'avons trouvé que très-rarement le duodénum affecté. Ce n'est aussi que dans un petit nombre de cas que le reste de l'intestin grêle, dans ses quatre cinquièmes supérieurs nous a présenté quelque lésion; au contraire, c'est dans le cinquième inférieur de ce même intestin que l'on trouve les lésions les plus constantes et les plus spéciales chez les individus qui succombent pendant le cours d'une fièvre continue.

Passons en revue les différents états que nous a offerts cet intestin.

1°. État sain. C'est le cas le plus rare; quelques-unes de nos observations montrent cependant que l'intestin grêle peut ne présenter aucune sorte d'altération, à la suite de fièvres de nature diverse.

2°. État actuellement sain, avec traces d'une maladie récemment terminée.

Chez quelques-uns de nos malades, morts par un accident quelconque pendant la convalescence d'une fièvre grave, nous

---

(1) Nous avons cité quelques cas qui démontrent cette huitième proposition. (*Voyez* les observations particulières, et spécialement celles consignées dans l'art. II du chapitre Ier.) Voyez aussi nos observations sur la gastrite aiguë, dans le tome II de cet ouvrage.

avons trouvé à la surface interne de la fin de l'intestin grêle, soit les cryptes agminés, soit les follicules de Brunner, beaucoup plus apparents que de coutume; un point grisâtre marquait chacun de leurs orifices; du reste, ils ne présentaient aucune apparence morbide. Il nous parut vraisemblable que ce développement insolite des follicules dépendait de ce qu'un certain temps avant la mort, pendant le cours même de la fièvre, ils avaient été affectés; nous les examinions à une époque où ils revenaient à leur état normal.

Chez d'autres malades, morts également pendant la convalescence, ce n'étaient plus ces plaques folliculeuses que nous observions; mais là où elles existent ordinairement, un examen attentif nous montrait que la membrane muqueuse, loin d'être plus épaisse, était au contraire plus mince que dans les points intermédiaires; là il n'y avait plus de villosités; l'on ne trouvait qu'une couche mince, comme cellulo-vasculaire, qui semblait être une muqueuse réduite à son plus grand état de simplicité; il nous sembla que c'était là une membrane de nouvelle formation, qui venait de prendre la place d'ulcères cicatrisés.

3°. État érythémateux.

Toutes les nuances d'injection vasculaire qui ont été trouvées dans la membrane muqueuse intestinale (1) se sont présentées à nous dans les maladies qui nous occupent. C'est surtout vers la partie inférieure de l'intestin grêle qu'on observe communément cette injection. Tantôt elle existe comme la seule lésion, ce qui est assez rare, mais ce dont nous avons cependant cité des exemples; tantôt elle existe, comme lésion secondaire, autour d'autres altérations dont nous parlerons plus bas.

---

(1) Voyez *Précis d'anatomie pathologique.*

Il est des cas où le plan même de la muqueuse est à peine coloré, tandis que l'injection est très-vive dans les seules villosités. Le docteur Scoutetten a récemment appelé l'attention sur cette sorte d'injection toute spéciale, que nous avons plus d'une fois constatée, et qu'il regarde comme aussi propre que la lésion des follicules à produire les fièvres continues.

4°. État exanthémateux.

Par cette expression nous voulons désigner cette espèce d'éruption que l'on trouve, comme lésion toute spéciale, à la surface interne de la fin de l'intestin grêle, chez les individus morts pendant le cours de fièvres continues, légères ou graves. Très-bien indiqué par MM. Petit et Serres, décrit par nous dans la première édition de notre Clinique, mieux apprécié dans sa nature par M. Bretonneau, suivi dans toutes ses variétés par M. Louis, l'exanthème intestinal constitue la première période de la maladie que M. Bretonneau a appelée dothinenterie. Il est inutile aujourd'hui de chercher à prouver que cet exanthème a pour siége les follicules intestinaux. S'est-il emparé de ces agglomérations de cryptes que l'on connaît sous le nom de plaques de Peyer : il en résulte, dans le cinquième inférieur de l'intestin, l'existence de plaques le plus ordinairement ovalaires, de grandeur variable, et qui font au-dessus du niveau de la muqueuse une saillie de quelques lignes; les unes sont d'un rouge plus ou moins vif; d'autres sont grises, jaunes ou noirâtres, et ressemblent alors à des escarres; d'autres sont d'un blanc mat. Tantôt elles sont plus dures que la muqueuse qui les environne; tantôt, au contraire, elles sont d'une grande friabilité, et un léger grattage les réduit en pulpe. Il est des cas où, à leur surface libre, on peut facilement reconnaître la disposition des follicules; on en retrouve les orifices, et ces petits corps, dont la forme n'est devenue que plus distincte par leur augmentation de volume, sont séparés par

des espaces bien appréciables que traversent plus facilement les rayons lumineux. Il est d'autres cas où ces follicules ne sont plus distincts, et la plaque entière ne représente plus qu'une masse homogène, dont la structure élémentaire cesse d'être appréciable; alors ces plaques ne peuvent plus être regardées comme appartenant à des follicules développés qu'en raison de leur forme et de leur siége.

Du reste, il ne faut pas croire que ces plaques soient uniquement constituées par le développement des follicules; très-souvent au-dessous de ces derniers on trouve la couche celluleuse très-épaissie elle-même, et elle participe alors autant que les follicules à la production de l'exanthème.

Cet exanthème peut se terminer de plusieurs manières. Il est des cas, moins nombreux toutefois qu'on ne l'a dit, où une véritable gangrène paraît s'en emparer; une ou plusieurs plaques viennent alors à se détacher comme des escarres, laissant à leur place une ulcération. D'autres fois, sans que rien démontre l'existence d'une gangrène préalable, la plaque exanthémateuse se détruit en plusieurs points de son étendue. Il en résulte à sa surface libre plusieurs petits ulcères qui s'agrandissent et finissent par se réunir, et ainsi se produit enfin la complète disparition de l'exanthème. Chez d'autres sujets, cet exanthème affecte une terminaison différente; il perd sa rougeur, semble s'indurer, et ne représente plus à la surface interne de l'intestin que des plaques d'un blanc plus mat que le reste de la muqueuse. Ces plaques peuvent persister plus ou moins long-temps, sans produire de symptômes, ou du moins sans être accompagnées de ces phénomènes généraux qui avaient d'abord coïncidé avec leur développement : c'est le passage de la lésion de l'état aigu à l'état chronique. Enfin cet exanthème peut se terminer par simple résolution : alors les plaques qui le constituent s'affaissent peu à peu, et à leur place

on ne trouve plus que ces bandes oblongues, pointillées de gris ou de noir, que nous avons décrites dans quelques-unes de nos observations particulières.

Il est un autre exanthème qui se montre aussi à la surface interne de l'intestin grêle, dans les mêmes cas que le précédent; comme celui-ci, il occupe surtout la partie de l'intestin la plus rapprochée du cœcum; mais au lieu de se montrer sous forme de larges plaques ovalaires ou oblongues, il apparaît sous celle de boutons isolés les uns des autres, rouges, gris ou blanchâtres, conoïdes, et qui présentent le plus souvent à leur sommet un orifice d'où l'on fait suinter par la pression un liquide muqueux ou puriforme. En examinant un certain nombre de ces boutons, on en trouve quelques-uns sur lesquels on ne peut découvrir aucune trace d'orifice; on en trouve d'autres, au contraire, dont l'orifice, s'agrandissant de plus en plus, se transforme en une ulcération qui, commençant par le sommet du bouton, s'étend peu à peu jusqu'à sa base. Tantôt on ne trouve que quelques-uns de ces boutons épars en petit nombre à la surface interne de l'intestin; tantôt ils sont en quantité innombrable, et s'ils sont en même temps déprimés à leur sommet, comme cela arrive lorsqu'ils commencent à s'ulcérer, il en résulte à la surface interne de l'intestin une éruption qui présente une très-grande analogie de forme avec la variole.

De même que l'exanthème en plaques, l'exanthème boutonneux que nous venons de décrire a évidemment son siége dans les follicules intestinaux; la différence de forme de ces deux exanthèmes dépend uniquement de ce que le premier est constitué par des amas de follicules, et le second par des follicules isolés.

Lorsqu'on examine l'intestin grêle d'individus morts peu de temps après avoir eu une fièvre grave, il arrive quelque-

fois qu'avec ou sans les plaques pointillées de gris ou de noir dont nous avons parlé, on trouve aussi des traces de l'inflammation des follicules isolés (dits *follicules de Brunner*). Alors on aperçoit à la surface interne de l'intestin un plus ou moins grand nombre de petits corps blancs ou gris, d'une assez grande consistance, au centre desquels existe un point d'un bleu noirâtre. Qui pourrait ne pas reconnaître dans ces corps des follicules un peu plus développés que de coutume?

On a dit que l'une et l'autre des variétés de l'exanthème intestinal que nous venons de décrire affectait dans son développement des périodes fixes, qui pouvaient être comparées à celles que parcourt l'éruption variolique; de telle sorte qu'en sachant l'époque de la maladie à laquelle la mort est survenue, on pouvait annoncer, avant d'ouvrir le cadavre, à quelle période on trouverait l'exanthème: si, par exemple, il serait encore intact, ou déjà ulcéré, etc. Nos observations ne nous ont pas conduit à des résultats semblables. Nous avons déjà trouvé les follicules ulcérés chez des individus qui étaient morts peu de jours après l'invasion de la maladie; et, au contraire, il nous est arrivé plus d'une fois de ne rencontrer encore qu'un simple exanthème, sans aucune apparence d'ulcération, chez des individus qui n'avaient succombé que fort tard.

Il ne nous paraît pas non plus exact de dire que l'exanthème en plaques ou en boutons tende nécessairement à l'ulcération, et que par conséquent un individu ne puisse guérir qu'après que les plaques ou que les boutons se seront transformés en ulcérations, et que celles-ci se seront ensuite cicatrisées. L'escarre ou le bourbillon, dont la chute, a-t-on dit, donne lieu à l'ulcération, n'est qu'une des terminaisons possibles de l'exanthème, mais n'en est pas une terminaison nécessaire; et un individu peut fort bien guérir d'une fièvre continue, après n'avoir eu autre chose qu'une inflammation exanthémateuse

des follicules, sans escarre, sans suppuration, sans ulcération antécédente. C'est ce qu'a fort bien reconnu M. Bretonneau.

L'état de la muqueuse, entre les plaques et les boutons, doit fixer notre attention. Elle se présente sous deux aspects différents: tantôt elle est blanche dans tous ses points, et ne présente nulle part de trace de maladie; il n'y a alors de maladie que dans les seuls follicules. Tantôt, au contraire, cette membrane est aussi malade dans les intervalles des follicules; elle est, soit simplement injectée à divers degrés, soit modifiée à divers degrés dans sa consistance.

Une fois qu'on se fut assuré que nulle lésion n'est plus fréquente, dans les fièvres continues, que l'exanthème intestinal ou que la dothinenterie, comme l'appelle M. Bretonneau, un travail fort important restait à faire: il s'agissait de déterminer si chez les individus morts pendant le cours de maladies autres que les fièvres, on trouverait aussi cet exanthème; car s'il était arrivé qu'on l'eût rencontré dans toute affection aussi fréquemment qu'une hyperémie ou qu'un ramollissement de l'estomac, il est clair que cet exanthème eût perdu sa valeur, comme caractère anatomique d'un grand nombre de fièvres dites essentielles.

Mais il n'en est point ainsi: vainement avons-nous bien souvent cherché cet exanthème dans l'intestin des individus morts de maladies aiguës autres que les fièvres: nous ne l'avons pas rencontré; nous avons trouvé seulement, chez les différents sujets, un développement fort inégal des follicules, mais rien qui ressemblât à l'exanthème des fièvres.

Que si nous examinons l'intestin dans les cas de maladies chroniques, nous en trouverons une, la phthisie pulmonaire, où l'iléum présente une altération qui se rapproche, plus qu'aucune autre, de l'exanthème des fièvres. Cette altération a aussi son siége dans les follicules agminés, qui deviennent très-sail-

lants, et qui représentent des plaques en relief, de forme ovalaire, à la surface de l'intestin. En incisant sur ces plaques, on en exprime une matière tuberculeuse qui remplit les follicules, et à laquelle est due surtout leur tuméfaction. Dans ce cas la marche chronique de l'affection suffit pour apporter dans les symptômes une prodigieuse différence; mais ce cas prouve toutefois que les follicules agminés de Peyer peuvent s'affecter, et se transformer en plaques exanthémateuses dans d'autres maladies que dans les fièvres continues.

M. Louis, dont nous aimons souvent à invoquer le précieux témoignage, a recherché aussi l'exanthème intestinal dans les différentes maladies aiguës, autres que les fièvres, et il ne l'a, non plus que nous, jamais rencontré, si ce n'est dans un cas de scarlatine, où il a trouvé trois des plaques elliptiques rouges et un peu épaissies. Encore dans ce cas l'existence de la scarlatine ne fut-elle pas bien constatée, et l'individu mourut le second jour de son admission à l'hôpital, avant qu'on ait eu le temps de recueillir quelques renseignements sur sa maladie. Dans trois autres cas de scarlatine, et dans deux autres cas qu'il ne spécifie pas, M. Louis a trouvé un très-grand développement des follicules de Brunner; nous avons rencontré le développement de ces follicules isolés plus souvent que M. Louis, chez des individus morts d'autres maladies aiguës que de fièvres; aussi pensons-nous que leur développement appartient moins exclusivement à ces affections que celui des follicules agminés (1).

---

(1) Une des lésions les plus constantes que nous ayons rencontrées dans le choléra épidémique, c'est aussi la tuméfaction des follicules intestinaux, tant des isolés que des agminés. Mais les plaques et les boutons qui en résultent ne font qu'une légère saillie au-dessus du niveau de la muqueuse, et leur couleur est généralement blanche.

5° Ulcérations.

C'est dans la partie de l'intestin grêle où se développe l'exanthème que se montrent à peu près exclusivement les ulcérations. Il est facile, dans beaucoup de cas, de reconnaître qu'elles résultent de la destruction soit des plaques elliptiques, soit des follicules de Brunner. On les voit en effet commencer à la surface même de ces plaques, ou au sommet de ces follicules, et dans un même intestin on peut en suivre tous les progrès jusqu'à la disparition complète des follicules. Il est des sujets sur lesquels on trouve, dans un petit espace de l'intestin, à côté les uns des autres, 1° des plaques intactes; 2° des follicules isolés, également intacts; 3° des plaques et des follicules qui commencent à s'ulcérer; 4° des ulcérations simples. D'autres fois, ce n'est plus que par analogie qu'on peut admettre que ces ulcérations ont succédé à une destruction des follicules; rien n'indique plus qu'il y ait eu engorgement préalable de ces corps; dans ce cas cependant les ulcérations occupent le même point de l'intestin que dans le cas précédent: elles ont la même forme, le même aspect. Presque toujours on les trouve, comme les plaques elliptiques, vers le côté de l'intestin opposé à celui qui donne attache au mésentère. Il en est qui sont exactement arrondies, et on les dirait faites par un emporte-pièce, tant elles sont régulières. D'autres représentent tout-à-fait la forme des plaques de Peyer; assez souvent plusieurs, en s'agrandissant, se réunissent en une seule, qui occupe alors une grande étendue; il n'est pas rare de voir la face supérieure de la valvule iléo-cœcale transformée en une seule et vaste ulcération : il n'est pas rare non plus de trouver la muqueuse de l'intestin grêle complétement détruite dans l'étendue de six à huit pouces au-dessus de la valvule. D'autres fois, au contraire, on ne découvre que de très-petites ulcérations qui admettraient à peine une pièce de

cinq sous, ou qui ont même encore un diamètre beaucoup moins considérable.

Le fond de ces ulcérations, leurs bords, les portions de membrane muqueuse situées entre elles, présentent plusieurs aspects qu'il est important de distinguer.

Leur fond peut être constitué soit par le tissu cellulaire sous-muqueux, soit par la tunique musculaire, soit seulement par le péritoine. Lorsque c'est le tissu cellulaire, tantôt il est mince, pâle, et ne diffère en rien de ce qu'il est dans l'état normal; tantôt il est notablement épaissi, comme rugueux, et ordinairement coloré, rouge, grisâtre, jaune ou noir. A quelques points de sa surface libre tiennent encore parfois des débris de muqueuse, prêts à se détacher comme des escarres.

Lorsque c'est la couche musculaire qui constitue le fond de ces ulcérations, il peut arriver qu'on la trouve, comme la couche celluleuse, soit avec ses qualités normales, soit altérée dans sa consistance et dans sa couleur.

Lorsqu'enfin il n'y a plus au fond des ulcérations que la tunique péritonéale, on peut trouver celle-ci d'une fragilité telle, que la traction la plus légère suffise pour la rompre; de telle sorte que si l'individu eût vécu plus long-temps, une cause toute mécanique, comme, par exemple, la distension d'un anse d'intestin par des gaz, aurait suffi pour produire une perforation intestinale.

Les bords des ulcérations sont formés par la muqueuse, tantôt rouge et épaissie, tantôt blanche et mince.

Quant aux portions de membrane muqueuse situées entre les ulcérations, elles sont souvent injectées, ramollies ou exanthémateuses; mais assez souvent aussi elles ne présentent aucune sorte d'altération appréciable; elles peuvent même offrir la plus parfaite blancheur.

Nous avons spécialement rencontré ces ulcérations avec

blancheur et autres qualités normales des tissus qui en formaient le fond et les bords, dans des cas où, à l'époque de leur mort, les individus touchaient à la convalescence, ou même pouvaient déjà être regardés comme convalescents. Nous sommes portés à penser que les ulcérations qu'on trouve dans cet état sont en voie de guérison.

Mais il est d'autres cas où l'on trouve cette guérison encore plus avancée, et où l'état particulier dans lequel on rencontre quelques points de l'intestin ne saurait être considéré comme autre chose que comme un véritable travail de cicatrisation plus ou moins avancée. L'observation XXXVIII nous a montré un exemple de cette cicatrisation; on pouvait d'autant plus l'admettre, dans ce cas, que l'individu chez lequel nous trouvâmes dans l'intestin cet état spécial que nous regardâmes comme l'indice d'une ulcération cicatrisée, avait succombé pendant la convalescence d'une fièvre grave.

Les cicatrisations d'ulcérations intestinales survenues dans ces mêmes circonstances ont été également signalées par M. Bouillaud et par M. Louis. Chez un individu mort d'un érysipèle gangréneux d'un membre, quarante-trois jours après l'invasion de la fièvre dont les symptômes s'étaient notablement amendés à l'époque de la mort, M. Louis trouva près du cœcum *plusieurs ulcérations dont le pourtour était affaissé, et dont le centre était tapissé par un feuillet extrêmement mince, comme séreux, continu avec le tissu sous-muqueux du pourtour.* Chez un autre individu, qui mourut également lorsque déjà avaient apparu chez lui tous les signes de la convalescence, le même observateur rencontra une plaque de Peyer qui, dans une partie de son étendue, était lisse, brillante, déprimée, et dépourvue de membrane muqueuse. « Celle-ci, dit M. Louis, dont nous citons textuellement les paroles, finissait près du pourtour de la plaque, et adhérait

dans ce point à une pellicule extrêmement mince, de l'aspect des membranes séreuses, qui recouvrait la tunique musculaire et se continuait avec le tissu sous-muqueux (1). »

Dans les deux cas cités par M. Louis, une nouvelle membrane muqueuse ne s'est pas formée ; au contraire, dans les cas que nous avons rapportés, il semblait y avoir eu reproduction de la muqueuse elle-même, mais d'une muqueuse qui n'avait encore ni villosités ni follicules.

Du reste, on trouvera dans nos observations particulières quelques cas où, bien que les individus aient succombé, comme les précédents, pendant leur convalescence, les ulcérations, encore très-caractérisées, ne présentaient aucune tendance à la cicatrisation. De pareils faits ont été signalés par M. Louis ; ils nous conduisent à cette conséquence, que les symptômes généraux qui constituent la fièvre ne sont pas tellement liés à la lésion intestinale qu'ils ne puissent disparaître, bien que celle-ci existe encore ; mais de ces faits il ne faudrait pas tirer la conclusion que la lésion intestinale n'a pas produit la fièvre ; car le seul passage de cette lésion à un état moins aigu suffirait pour expliquer la cessation des sympathies, et par conséquent de la fièvre. D'ailleurs, n'en est-il pas ainsi de toutes les lésions de nos divers organes ? Toutes ne peuvent-elles pas exister à un état complétement latent, soit d'une manière continue, soit seulement par intervalles ? et notez bien que pour toutes ce ne sont pas seulement les symptômes généraux, qui peuvent manquer : il peut y avoir aussi absence complète des symptômes locaux. Rappelez-vous ces nom-

---

(1) *Voyez* encore la description de quelques cicatrisations d'ulcérations dans l'ouvrage de MM. Petit et Serres, et dans le mémoire de M. Trousseau sur la dothinenterie. (*Archives de Médecine.*)

breux cas de pneumonies latentes que nous avons rencontrées si souvent dans nos observations particulières, et que n'annonçaient ni la toux, ni la dyspnée, ni l'expectoration.

Ce qui pourrait mieux démontrer l'indépendance d'existence de la fièvre et de la lésion intestinale, c'est le cas inverse du précédent, c'est celui où la fièvre persiste, s'accompagnant de symptômes de plus en plus graves, au milieu desquels le malade est entraîné au tombeau; et cependant, à la nécropsie, on ne trouve parfois que des plaques affaissées, des ulcérations cicatrisées ou allant l'être, et du reste, aucune autre altération qui puisse expliquer les symptômes et la mort. Il semble qu'ici ce qui reste comme cause de maladie, ce qui a survécu aux lésions appréciables d'organes, c'est une altération profonde des forces vitales, qui a été le produit possible, mais non nécessaire, de la modification imprimée à la texture d'un organe.

6°. Perforations (1).

Elles doivent être considérées comme une des terminaisons des lésions diverses que nous venons de passer en revue. Elles sont la cause immédiate de la mort d'un certain nombre d'individus atteints de fièvres continues. Elles ont pour siége le plus fréquent, soit les plaques exanthémateuses ci-dessus décrites, soit des ulcérations qui ont, ou non, succédé à ces plaques.

La probabilité des perforations n'est pas toujours en raison directe du nombre, de l'étendue, de la gravité des ulcérations, ou autres lésions intestinales. Une de nos observations (obs. x) nous a montré un cas de perforation intestinale surve-

---

(1) Voyez, pour la description de ces perforations ,notre *Précis d'anatom pathologique.*

nue chez un individu dont l'intestin ne présentait qu'une seule ulcération, d'un diamètre très-peu considérable, avec quelques plaques fort peu étendues autour d'elle.

Les perforations intestinales ne surviennent, le plus ordinairement, qu'à une époque avancée de la maladie, lorsque déjà existent les symptômes de la fièvre dite adynamique. Il en résulte une péritonite qui, dans beaucoup de cas, se dévoile par ses signes accoutumés, mais qui, dans quelques cas cependant, n'est annoncée par aucune douleur, ce qui tient sans doute à l'émoussement général de la sensibilité; si l'abdomen était antécédemment ballonné, la péritonite ne lui fait pas changer de forme; la petite quantité de liquide qui se produit est alors bien difficile à reconnaître; en un mot, les différents signes ocaux de la péritonite peuvent n'être que très-imparfaitement dessinés, et il est des cas où l'accroissement subit de la prostration, la rapide décomposition des traits, ont été les seuls accidents nouveaux qui aient coïncidé avec l'invasion de ces péritonites par perforation.

Une mort prompte suit communément les péritonites qui, dans le cours des fièvres, se développent à l'occasion d'une perforation intestinale; les malades peuvent succomber de douze à vingt heures après l'apparition des premiers signes qui portent à soupçonner un pareil accident; toutefois, la mort peut aussi ne survenir que beaucoup plus tardivement. Nous avons vu un individu qui était déjà parvenu à l'une des dernières périodes de la fièvre adynamique, lorsque tout-à-coup des vomissements survinrent, et en même temps l'abdomen devint tendu et douloureux à la pression; nous présumâmes qu'une des ulcérations qui existaient très-probablement dans l'intestin, s'était terminée par perforation. Cependant, le surlendemain les vomissements et les nausées cessèrent; l'abdomen pressé ne manifesta plus de douleur, nous crûmes nous

être trompés, le malade vécut encore trois ou quatre jours sans que la péritonite révélât de nouveau son existence. L'ouverture du cadavre nous prouva cependant qu'elle avait réellement eu lieu, et qu'elle avait été causée par une perforation intestinale (1). M. Louis a parlé d'un cas où la mort ne survint que sept jours après le développement des premiers symptômes de la péritonite. Ces symptômes avaient cependant commencé par être très-intenses; ils étaient devenus moins graves vers le quatrième jour.

Les perforations intestinales peuvent aussi survenir chez des individus qui ne présentent encore que les symptômes d'une fièvre très-légère, et une maladie qui n'a aucun caractère actuel de gravité peut ainsi se transformer tout-à-coup en une maladie rapidement mortelle. L'observation XX nous a montré une péritonite ainsi produite chez un malade qui n'avait que les symptômes d'une légère fièvre bilieuse.

En résumant tout ce que nous venons de dire sur l'état de

---

(1) Les perforations intestinales, qui surviennent dans d'autres maladies que dans les fièvres, bien que suivies ordinairement de l'invasion d'une péritonite très-promptement mortelle, peuvent quelquefois ne donner lieu qu'à une péritonite chronique. Le cas suivant nous semble très-remarquable sous ce rapport : Un jeune homme atteint de phthisie pulmonaire avait depuis long-temps une abondante diarrhée; l'abdomen avait toujours été entièrement indolent. Un jour il se plaignit de vives douleurs autour de l'ombilic; la pression les exaspérait : elles furent regardées comme le produit de l'inflammation dont le tube digestif était le siége. Elles persistèrent d'une manière continue, mais assez modérée, pendant huit à dix jours. Aucun des autres symptômes ne s'était aggravé d'une manière remarquable; tout-à-coup le malade sentit son ventre mouillé d'une assez grande quantité de liquide, et il s'aperçut qu'une fente linéaire existait à l'ombilic. Il en sortit dans la journée un ver ascaride lombricoïde avec un liquide jaune, analogue à celui qui remplit ordinairement les intestins grêles. N'était-il pas raisonnable de supposer qu'une anse

l'intestin grêle chez les individus qui meurent pendant le cours d'une fièvre continue, nous établirons les propositions suivantes :

1. Parmi les individus qui succombent avec l'un ou l'autre des groupes morbides appelés fièvres essentielles, quelques-uns ne présentent dans l'intestin grêle aucune lésion appréciable.

2. Chez d'autres, on trouve dans l'intestin grêle des lésions semblables à celles qu'on rencontre dans la plupart des autres maladies (injections, ramollissement de la muqueuse à divers degrés, etc.).

3. Chez le plus grand nombre, l'intestin grêle présente une lésion spéciale qu'on ne trouve à peu près exclusivement, à son état aigu, que dans les fièvres dites essentielles, et qui consiste dans la tuméfaction inflammatoire des follicules intestinaux. De cette tuméfaction résulte un exanthème qui occupe la fin de l'iléum.

---

d'intestin s'était perforée ; qu'à l'aide d'adhérences partielles contractées entre elle et les parois abdominales, aucun épanchement n'avait pu avoir lieu dans le péritoine, et que les parois abdominales s'étaient à leur tour enflammées et perforées ? N'était-ce pas, en un mot, un anus contre nature qui venait de s'établir ? Cependant, les jours suivants, un peu de liquide continua à s'écouler par la fistule : les douleurs abdominales étaient peu intenses. Le malade, parvenu au dernier degré de la consomption pulmonaire, succomba vingt-sept jours après l'apparition des premières douleurs, dix-huit jours après la formation de la fistule. On trouva les traces d'une horrible péritonite. Le paquet intestinal était réuni en une seule masse par des fausses membranes noires, très-épaisses. Un liquide verdâtre peu abondant était épanché entre les anses intestinales, il y était retenu par des brides membraneuses qui formaient comme les parois d'une foule de loges partielles ; aucune adhérence n'existait à la région ombilicale. On trouva dans le péritoine deux ascarides lombricoïdes ; leur présence ne permit pas de révoquer en doute l'existence d'une perforation de l'intestin ; mais les adhérences étaient si multipliées et si intimes, qu'il fut impossible de la découvrir.

4. Cet exanthème peut se terminer par simple résolution ou par ulcération.

5. L'observation ne démontre pas que tout exanthème qui s'ulcère ait commencé par se transformer en eschare.

6. Une fois formées, les ulcérations ne s'opposent pas nécessairement à ce que la guérison ait lieu, car on en a constaté la cicatrisation.

7. L'exanthème ne paraît pas par courir dans son développement comme dans ses terminaisons, des périodes aussi fixes qu'on l'a prétendu. Une fois produit, il ne se termine nécessairement ni par gangrène, ni par ulcération, et, lorsque celle-ci a lieu, ce n'est pas toujours au bout d'un même laps de temps.

c. Gros intestin.

Ses lésions sont loin d'être constantes. Dans un assez grand nombre de nos observations, nous l'avons trouvé parfaitement sain dans toute son étendue.

Des diverses parties du gros intestin, le cœcun est celle qui se montre le plus souvent lésée.

Les altérations qu'on rencontre dans le gros intestin sont :

1° Un simple érythème qui, très-rarement général, est bien fréquemment borné au seul cœcum ;

2° Un développement insolite des follicules. Il en résulte un exanthème qui, dans le cœcum, peut encore se présenter sous forme de plaques semblables à celles de l'intestin grêle, mais qui, dans le reste du gros intestin, ne se montre jamais que sous l'apparence de pustules ou de boutons isolés ;

3° Des ulcérations. Elles vont en diminuant de fréquence du cœcum vers le rectum. Celles qu'on observe dans le cœcum

ont le même aspect que celles de la fin de l'intestin grêle. Dans le colon, elles sont généralement plus petites et séparées par des intervalles plus considérables. Nous avons cité un cas dans lequel, des diverses parties du gros intestin, le rectum contenait seul des ulcérations; elles avaient toutes la même forme, le même diamètre; on les eût prises volontiers pour des orifices agrandis de follicules.

Ainsi les lésions qu'on trouve dans le gros intestin sont de même nature que celles qu'on trouve dans l'intestin grêle; comme ces dernières, elles peuvent être divisées en lésions semblables à celles qu'on rencontre dans toutes les maladies indistinctement, et en lésions spéciales.

Comme l'intestin grêle, mais plus souvent que lui, le gros intestin peut se montrer exempt de toute altération.

d. Matières contenues dans le tube digestif.

Vers. — Nous n'en avons rencontré que dans un très-petit nombre de cas; ils étaient en grande quantité dans un des cas, rares dans les autres. C'étaient des ascarides lombricoïdes et des tricocéphales. Les premiers étaient logés dans l'intestin grêle et les seconds dans le cœcum. Il nous a paru qu'ils n'étaient, dans les cas divers où nous les avons rencontrés, qu'une complication purement accidentelle de la maladie. Ils coïncidèrent avec la plupart des symptômes qui caractérisent la *fièvre muqueuse* chez l'individu qui fait le sujet de l'observation IV. Rappellerons-nous à cette occasion que chez la plupart des sujets morts de la fièvre muqueuse épidémique de Gœttingue, Rœderer et Wagler trouvèrent dans les intestins un très-grand nombre de vers? Pourquoi ces animaux se produisirent-ils en si grande quantité dans cette épidémie? Pourquoi, dans

les ouvertures de cadavres faites à Paris depuis plusieurs années, en a-t-on trouvé si peu (1) ?

Matières liquides. — Nous n'avons rien de particulier à noter sur le mucus qu'on trouve dans l'intestin des individus qui succombent pendant le cours des fièvres continues. A sa place on trouve souvent une matière liquide, semblable à de l'eau colorée en jaune, qui remplit une partie du tube digestif. Il est quelques cas dans lesquels l'intestin contient en très-grande quantité une bile jaune, verdâtre ou rougeâtre, qui en teint la surface interne. Très-rarement avons-nous trouvé cette bile dans l'estomac; et en général, ce que nous avons observé à cet égard ne nous porte pas à admettre que l'accumulation de la bile dans les voies digestives joue un grand rôle dans la production des fièvres, ni que par conséquent elle doive fournir quelque indication pour le traitement. Nous n'avons pas trouvé en particulier plus de bile que de coutume dans le tube digestif d'un individu qui succomba pendant qu'il ne présentait encore que les symptômes d'une fièvre bilieuse (Observation I). On a prétendu, à différentes époques de la science, que les matières accumulées dans l'intestin pouvaient, dans les fièvres continues, acquérir, par la prolongation de leur séjour, un tel degré d'âcreté qu'elles irritaient la membrane muqueuse au point d'en amener l'ulcération. C'est pour nous une pure hypothèse.

On trouve quelquefois du sang exhalé à la surface de l'estomac ou des intestins. Tantôt ce sang est liquide, tantôt il est

---

(1) Dans beaucoup d'autres épidémies de fièvres graves, ressemblant tout-à-fait par leurs symptômes à la dothinenterie, qui ont affligé l'Europe pendant les seizième, dix-septième et dix-huitième siècles, on a noté, comme un des phénomènes prédominants de ces épidémies, la très-grande quantité de vers que rendaient les malades.

coagulé. Il est des cas où l'on n'en trouve qu'une petite quantité déposée en quelques points du tube digestif; il est d'autres cas où ce tube en est rempli, et la mort a été alors le résultat d'une hémorrhagie gastrique ou intestinale (Observation XXIX). Du reste, cette hémorrhagie ne se lie à aucune lésion spéciale de la membrane muqueuse, qui, au-dessous du sang, ne présente que de la rougeur, des ecchymoses, divers degrés de ramollissement, et qui, dans l'intestin, ne présente que ces mêmes altérations ou bien des traces soit d'exanthèmes, soit d'ulcérations; on ne trouve pas d'ailleurs, dans la solution de continuité de quelque gros vaisseau, la cause de l'hémorrhagie.

Modifié par son séjour dans l'estomac, le sang qui s'y amasse prend parfois un aspect tel, qu'il devient tout-à-fait semblable au liquide noir qui constitue la matière du vomissement dans la fièvre jaune. Nous avons cité un cas de ce genre; M. Bouillaud en a rapporté un autre dans lequel il y avait en même temps teinte jaune de la peau, et le malade avait rendu à la fois du sang par le vomissement et par les selles. On trouva dans l'estomac un liquide brun, analogue à une décoction concentrée de café. La muqueuse gastrique offrait, vers le grand cul-de-sac, des plaques d'un rouge vineux, semblables à des ecchymoses. Dans le duodénum il n'y avait que de la bile, mais dans le reste de l'intestin grêle était amassé du sang, coagulé en certains points, liquide dans d'autres. Plusieurs abcès existaient dans le foie.

Gaz.—Le colon est la partie du tube digestif où l'on trouve le plus souvent une très-grande quantité de gaz chez les individus morts de fièvre grave. Chez beaucoup de sujets la distension du colon par des gaz est tellement considérable, que cet intestin se dessine à travers les parois abdominales, refoule en haut le diaphragme, et cache en grande partie le reste du tube

digestif et les autres viscères abdominaux. Il occupe en particulier l'épigastre, où, pendant la vie, il pourrait être pris pour l'estomac.

La cause sous l'influence de laquelle s'opère dans le colon ce grand dégagement de gaz, est encore inconnue. On ne saurait l'attribuer à l'inflammation, à l'ulcération du colon, car ce météorisme existe aussi souvent dans le cas où, après la mort, on trouve le colon exempt de toute altération appréciable, que dans ceux où on le trouve malade. D'ailleurs, comme l'a remarqué M. Louis, l'intestin grêle est bien plus souvent enflammé ou ulcéré que le colon ; et cependant il ne se produit pas dans l'iléum la même quantité de gaz que dans le gros intestin. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que ce grand dégagement de gaz appartient à peu près exclusivement au genre de maladies qui nous occupe.

D. RAPPORT DES LÉSIONS GASTRO-INTESTINALES AVEC LES SYMPTOMES.

Après avoir passé en revue les différentes altérations qu'on trouve dans le tube digestif des individus morts pendant le cours d'une fièvre continue, il faut que nous recherchions quel rapport peut être établi : 1° entre l'époque à laquelle surviennent ces altérations, et les diverses phases de la maladie ; 2° entre l'intensité de ces mêmes altérations, et la gravité des symptômes. Une fois donnée la solution de ces deux questions, nous pourrons mieux apprécier l'influence exercée par l'affection gastro-intestinale sur la production des symptômes.

L'observation deuxième nous a montré l'exemple d'un individu qui succomba six jours seulement après l'invasion de la maladie. Chez lui, l'altération des follicules était déjà très-prononcée ; elle l'était également chez un autre (obs. I), qui

mourut le neuvième jour. M. Trousseau (1) parle d'une ouverture faite par M. Bretonneau le cinquième jour de l'invasion de la fièvre. Dans ce cas, comme dans les deux précédents, les follicules furent trouvés malades. Les glandes de Peyer étaient fort tuméfiées, et elles formaient des plaques qui s'élevaient de la membrane muqueuse. MM. Petit et Serres ont rapporté l'observation d'un homme mort d'une pneumonie très-peu de jours après qu'avaient commencé à se manifester les signes de la maladie qu'ils ont appelée fièvre entéro-mésentérique (du quatrième au sixième jour); les plaques de l'iléum étaient très-fréquentes. Enfin, elles ont été également rencontrées par M. Louis au huitième jour de l'affection.

Ainsi, lorsque la fièvre continue se lie à l'exanthème intestinal, celui-ci commence dès les premiers temps de la maladie. De plus, il l'accompagne dans tout son cours, et on le retrouve dans les fièvres qui n'ont duré qu'un petit nombre de jours, comme dans les fièvres qui n'ont été suivies de mort qu'après quarante ou cinquante jours de durée. Cette seconde assertion est suffisamment démontrée par nos observations particulières, comme elle l'est également par celles de MM. Petit et Serres, Bretonneau, Bouillaud, Louis.

Lorsqu'enfin l'ensemble des symptômes qui constituaient la fièvre a disparu, et qu'à une époque plus ou moins éloignée de l'entrée en convalescence, une autre affection vient entraîner le malade au tombeau, on trouve dans les intestins des traces de guérison de l'exanthème : ce sont, ou des plaques affaissées, ou des ulcérations cicatrisées. Quelquefois même la dothinentérite existe encore, bien que la fièvre ait disparu depuis un certain nombre de jours; on trouve alors, soit des

---

(1) *Archives de Médecine.*

plaques dont la résolution commence à peine, soit des ulcérations non encore cicatrisées. Ainsi, lorsqu'un poumon a été frappé de phlegmasie, il arrive souvent qu'il reste encore hépatisé, après qu'ont disparu les symptômes caractéristiques de la maladie.

Ainsi, l'inflammation des follicules naît avec la fièvre, ou au moins peu de temps après elle, et elle persiste tant que la fièvre persiste elle-même. A la vérité, l'intensité des lésions qui caractérisent l'entérite folliculeuse n'est pas toujours en rapport avec la gravité des symptômes observés pendant la vie. Mais n'en est-il pas ainsi de la plupart des maladies où, chez les différents sujets, apparaissent, à l'occasion d'une lésion identique, des symptômes de nature et de gravité variables?

L'entérite folliculeuse nous paraît donc être la lésion la plus capitale qui accompagne un très-grand nombre de fièvres dites essentielles, et en particulier celle qui a été désignée par MM. Chomel et Louis sous le nom de *fièvre typhoïde.*

Cette dernière fièvre elle-même peut toutefois se montrer dans des cas où les follicules intestinaux ne sont point malades, et enfin, il n'est guère de maladie, siégeant primitivement ou dans les solides, ou dans le sang, ou dans une altération dynamique du système nerveux, à propos de laquelle on ne puisse voir se développer une pyrexie qui, pas ses symptômes, et quelquefois même par sa marche et par sa durée, ressemble infiniment à la pyrexie liée à une inflammation des follicules intestinaux. L'état typhoïde des modernes, l'état ataxo-adynamique de Pinel, est donc un état à point de départ très-multiple, et qui même, dans certains cas démontrés par l'observation, peut être un état morbide primitif. Nos observations particulières fournissent de tout cela de nombreux exemples; et les réflexions qui les accompagnent développent suffisamment ce point de doctrine.

§ II. LÉSIONS FONCTIONNELLES DE L'APPAREIL DIGESTIF OBSERVÉES PENDANT LA VIE.

Cet appareil présente, pendant le cours des fièvres, des désordres de fonctions qui tendent à démontrer, au moins autant que les désordres qu'on y constate après la mort, l'importance du rôle qu'il joue dans la production de ces maladies.

Examinons tour-à-tour ces désordres fonctionnels, en les rapportant aux diverses parties du canal, où nous pouvons présumer que chacun d'eux a son siége.

Dans presque tous les cas de fièvres légères ou graves consignés dans nos observations particulières, nous avons trouvé la membrane muqueuse de la bouche, abstraction faite de celle de la langue, dont nous parlerons plus bas, altérée sous le double rapport de la quantité de sang qui doit la traverser, et de la sécrétion qui normalement doit s'accomplir à sa surface.

La membrane muqueuse de la bouche est ordinairement, dans ces maladies, d'un rouge plus intense que dans d'autres affections où le mouvement fébrile est cependant aussi considérable, comme dans la pneumonie aiguë ou dans le rhumatisme articulaire aigu. En même temps la sécrétion dont elle est le siége ou se supprime, ou augmente de quantité, ou change de caractère. Dans le premier cas, cette membrane présente une sécheresse insolite ; dans le second cas, la bouche se remplit d'une mucosité visqueuse et collante ; dans le troisième cas, au lieu de mucus, on observe, quelquefois, à la surface des lèvres, des gencives et des joues, une matière crémeuse ou caséeuse, qui couvre ces parties soit sous forme de points isolés, soit sous forme de plaques plus ou moins larges. D'autres fois, la membrane muqueuse vient à exhaler

une certaine quantité de sang qui se coagule à sa surface, et produit des croûtes jaunes ou noires plus ou mois épaisses.

Qu'indiquent ces différentes modifications de la sécrétion buccale? A quoi se rapportent-elles? Et d'abord, sont-elles en rapport avec certains états déterminés et toujours les mêmes de la partie sous-diaphragmatique du tube digestif? En aucune façon. On retrouve toutes ces variétés de la sécrétion buccale, sans qu'il y ait aucune différence dans les altérations de l'estomac ou des intestins. De plus, il n'est aucune de ces variétés qui se trouve liée à certains degrés d'intensité de la lésion gastro-intestinale. Celle-ci peut être très-légère ou très-considérable, avec toutes les nuances possibles de sécrétion de la membrane muqueuse de la bouche. Ces nuances dépendent donc non de l'affection gastro-intestinale avec laquelle elles coïncident, et qui en est, si l'on veut, la cause occasionnelle, mais des dispositions spéciales des individus, dispositions qui se rattachent toujours aux conditions dans lesquelles se trouvent placées, d'une manière passagère ou permanente, leur innervation et leur hématose.

Ainsi donc, les modifications que la membrane muqueuse de la bouche présente chez les individus atteints de fièvre continue, n'annnoncent pas la nature ou l'intensité de la lésion des voies digestives; elles ne sont que l'expression d'un état général, auquel doit être subordonné le pronostic de la maladie et son traitement.

De toutes les maladies, les fièvres sont certainement celles où la langue présente les modifications les plus variées comme les plus importantes. Ces modifications sont si généralement connues, et nous y avons insisté avec tant de détails, dans nos observations particulières, que nous ne nous arrêterons pas long-temps à les décrire. Nous n'en parlerons surtout que pour les traduire en signes.

L'état de la langue est-il, dans les fièvres, un indice fidèle de l'état de l'estomac? Pour répondre à cette question, résumons les faits qui se trouvent consignés dans nos observations particulières, en négligeant ceux de ces faits, qui sont heureusement les moins nombreux, dans lesquels l'état de la langue n'a pas été noté pendant les derniers temps de l'existence des malades.

Dans neuf cas (obs. XIV, XXI, XXXIV, XXXV, XXXVI, XXXVII, XXXIX, XL, XLIII), la langue était dans son état naturel pendant les vingt-quatre heures qui précédèrent l'instant de la mort. Dans ces neuf cas, l'estomac présenta l'état suivant :

Chez trois individus (obs. XXXV, XXXVII, XLIII), la membrane muqueuse fut trouvée, dans tous les points de son étendue, d'une blancheur parfaite et de bonne consistance.

Chez un quatrième individu (obs. XXXVI), la membrane muqueuse présentait, en quelques points, une injection légère.

Chez un cinquième (obs. XXI), la membrane muqueuse, généralement blanche, présentait cependant quelques points rouges, avec un peu de ramollissement de son tissu, là où l'on observait la coloration.

Chez un sixième (obs. XL), la membrane muqueuse offrait, vers le cul-de-sac, une tache rouge un peu moins large qu'une pièce de cinq francs.

Chez un septième (obs. XIV), une vive injection existait dans tout le grand cul-de-sac.

Chez un huitième sujet, dont nous nous rappelons fort bien que la langue resta naturelle dans les derniers temps, ce qui n'est pas indiqué dans l'observation (obs. XXXIV), toutes les tuniques de l'estomac étaient tellement ramollies qu'une traction tres-légère suffit pour en opérer la déchirure.

Enfin, chez le neuvième sujet (obs. XXXIX), des ulcérations

petites et nombreuses parsemaient la surface interne de l'estomac.

Une seule fois (obs. I) nous avons pu constater l'état de l'estomac chez un malade dont la langue n'avait offert autre chose, jusqu'à la mort, *qu'un enduit jaunâtre.* Nous trouvâmes l'estomac parfaitement sain : il n'offrait non plus rien de particulier dans les matières qu'il contenait.

Dans deux cas seulement (obs. X, XI), nous avons eu occasion d'examiner l'estomac de malades qui, quelques heures avant la mort, avaient offert une langue *rouge, mais encore humide.*

Dans l'un de ces cas (obs. X), la membrane muqueuse gastrique fut trouvée blanche, parfaitement saine dans toute son étendue.

Dans l'autre cas (obs. XI), la membrane muqueuse, partout bien consistante, présentait une légère teinte rosée, et générale.

Sur dix cadavres (obs. II, VII, XVII, XXV, XXVIII, XXIX, XXXI, XLI, XLVI, LI) d'individus dont la langue avait été *rouge et sèche*, l'estomac s'est présenté dans l'état suivant.

Trois fois il était blanc, exempt de toute altération appréciable.

Une fois nous ne trouvâmes autre chose à sa surface interne, que quelques plaques rosées.

Chez le sujet de l'observation II, nous trouvâmes, pour toute altération, deux plaques rouges, ayant chacune la largeur d'une pièce de deux francs, sans modification de la consistance de la muqueuse.

Dans une autre observation, la muqueuse était faiblement injectée dans la portion splénique.

Dans un autre cas, on constata une rougeur un peu plus forte de cette portion splénique. Dans cette observation, pas

plus que dans la précédente, la membrane n'avait changé de consistance.

Dans l'observation XXV, il existait une injection notable de l'estomac dans sa portion pylorique, sans changement de consistance.

L'observation XLI nous montra une rougeur du grand cul-de-sac, avec ramollissement de la membrane muqueuse dans quelques points.

Enfin, dans l'observation VII, la membrane muqueuse, plus altérée que dans les neuf autres cas, était, dans toute son étendue, rouge et ramollie.

Sur trente-quatre cadavres d'individus dont la langue avait été fuligineuse (obs. III, IV, V, VI, IX, XII, XIII, XV, XVI, XVIII, XIX, XX, XXII, XXIII, XXIV, XXVI, XXVII, XXXII, XXXIII, XLIV, XLV, XLVI, XLVII, XLIX, L, LI, LII, LIV, LVI, LVII, LVIII, LIX, LX, LXIV), nous avons trouvé l'estomac dans l'état suivant.

Douze fois sur ces trente-quatre cas (obs. III, XIX, XLVII, XLIX, L, LI, LII, LIV, LVII, LIX, LX, LXIV), l'estomac offrit partout une blancheur parfaite, et une consistance normale de ses tuniques.

Une autre fois (obs. XV), la membrane muqueuse était encore partout pâle et bien consistante, mais au-dessous d'elle existait une ecchymose.

Dans un autre cas (obs. XII), la muqueuse offrait généralement une légère teinte rosée.

Dans six cas (obs. IV, V, XXII, XXIV, XXXII, XLV), la membrane muqueuse était légèrement injectée, soit en quelques points du grand cul-de-sac, soit dans toute cette partie de l'estomac.

Dans trois autres cas (obs. XVI, XX, XLIV), il n'existait encore autre chose, comme dans les six cas précédents, qu'une

injection du grand cul-de-sac; mais elle était plus considérable, soit par son intensité, soit par son étendue.

Dans trois cas (obs. XIII, XVIII, LVIII), la portion de membrane muqueuse qui tapisse les grandes et petites courbures de l'estomac était colorée en rouge.

Dans deux cas (obs. XXIII, LVI), la membrane muqueuse gastrique offrait une injection considérable, et, de plus, au-dessous d'elle existaient quelques ecchymoses.

Dans quatre cas seulement, sur les vingt-cinq signalés (obs. XII, XXVI, XXVII, XXXIII), il y avait, en même temps que divers degrés d'injection, modification de la consistance des parois de l'estomac.

Ainsi, chez le sujet de l'observation XII, la membrane muqueuse présentait une teinte brune, avec quelques plaques plus foncées, dans lesquelles la membrane était ramollie.

Chez les sujets des observations XXVI et XXVII, la membrane muqueuse était brune et molle dans le grand cul-de-sac.

Enfin, chez le sujet de l'observation XXXIII, l'estomac présentait une perforation dans sa portion splénique.

Des faits que nous venons de rappeler résultent les conséquences suivantes :

1° Aucun rapport constant ne saurait être établi entre l'état de la fièvre et celui de l'estomac ;

2° Chacune des modifications que la langue peut offrir, dans sa couleur et dans ses enduits, ne correspond pas à une modification spéciale de l'estomac ;

3° L'estomac peut présenter, après la mort, un état semblable, quelque dissemblable qu'ait été pendant la vie l'état de la langue ;

4° Avec un état naturel de la langue peut coïncider un état morbide de l'estomac, et avec un état naturel de celui-ci peut coïncider un état morbide de la langue;

5° La sécheresse et la couleur noire de la langue n'indiquent pas une affection plus grave de l'estomac, que ne l'annonce toute autre modification de la langue.

Nous avons d'autant plus confiance dans ces résultats déjà signalés par nous dans la première édition de cet ouvrage, qu'ils viennent d'être confirmés par les observations de M. Louis (1). De plus, nous remarquerons avec ce médecin que, dans une foule de cas autres que les fièvres continues, où la langue s'éloigne à peine de son état naturel, l'estomac ne se montre pas différent de ce qu'on le trouve dans les cas où la langue est rouge, sèche, couverte de croûtes noires, etc. (2).

Peut-on établir un rapport plus rigoureux entre l'état de la langue et l'état de l'intestin grêle?

A l'exception de quelques individus dont la langue se conserva naturelle, nous l'avons trouvée modifiée chez tous les sujets dont l'intestin grêle était exanthémateux. Mais, soit que les plaques fussent encore intactes, soit qu'elles fussent déjà ulcérées, il n'y avait aucun état de la langue qui correspondît

---

(1) M. le docteur Fallot a consigné dans le *Journal complémentaire du Dictionnaire des Sciences médicales*, l'observation d'un individu qui, vers la fin d'une variole, fut pris de symptômes semblables à ceux des fièvres graves, et parmi ces symptômes existait la *sécheresse* et *la couleur brune de la langue.* A l'ouverture du cadavre, *la membrane muqueuse gastro-intestinale fut trouvée intacte sans aucune trace de phlogose.*

M. Bouillaud a cité dans son ouvrage (obs. XLVI) le cas d'une femme qui, morte au milieu des symptômes d'une fièvre dite ataxo-adynamique, avait *la langue sèche* la veille de sa mort. *L'estomac et le duodénum furent trouvés sains; quelques anses de l'intestin grêle étaient rouges; le cæcum était sain; le colon était rosé et rempli de matières fécales dures.*

(2) M. Piorry vient tout récemment de publier un mémoire où il prouve aussi, par des faits nombreux, que l'état de la langue n'indique pas toujours fidèlement l'état de l'estomac.

exactement à l'une ou à l'autre de ces périodes de l'exanthème. De plus, les variétés d'étendue de cet exanthème ne se traduisaient pas par différents états de la langue; elle ne pouvait pas non plus servir à annoncer si, entre les plaques ou entre les ulcérations, la membrane muqueuse était saine ou malade. Ainsi, de deux individus ayant une dothinentérite tout-à-fait semblable sur le cadavre, l'un ne présentait autre chose qu'une langue couverte d'un enduit jaunâtre, et l'autre avait une langue fuligineuse.

Parmi les individus qui, après avoir eu tous les symptômes des fièvres graves, ne nous ont présenté cependant aucune trace d'exanthème, mais un simple érythème de la membrane muqueuse intestinale, les uns nous ont offert une langue naturelle, les autres nous l'ont offerte sèche et noire, et cepen- états différents de la langue existaient avec un même état de l'intestin grêle.

Enfin, chez ceux dont les symptômes de fièvres graves ne pouvaient plus être expliqués par aucune lésion des voies digestives, nous avons constaté l'existence d'une langue sèche et noire, avec un état d'intégrité parfaite de tout l'intestin grêle.

Il n'y a donc pas plus de rapport nécessaire entre l'état de l'intestin grêle et de la langue, qu'entre celui de la langue et de l'estomac.

Quant au gros intestin, nous l'avons trouvé souvent parfaitement sain avec tous les états possibles de la langue.

Il nous paraît donc bien démontré que des nombreuses modifications que peut subir la langue, il n'en est aucune qui doive être considérée comme le produit nécessaire d'un état morbide de l'estomac ou des intestins. La langue peut rester saine, le tube digestif étant malade; elle peut se montrer malade, le tube digestif étant resté sain; mais il y a très-souvent coïncidence d'affection de la langue et de la portion sous-dia-

phragmatique des voies digestives, ce qui peut s'expliquer par la similitude d'organisation et de fonctions de ces diverses parties. La même cause qui, dès le principe d'une fièvre continue ou dans son cours, rend malade la membrane muqueuse gastro-intestinale, frappe aussi la membrane muqueuse de la langue et de la bouche, comme elle atteint presque toujours en même temps la membrane muqueuse des voies respiratoires ; mais il peut arriver, comme le démontre l'observation, que cette cause ne produise la maladie que dans l'une de ces parties, laissant les autres intactes. Seulement, en raison de la rareté de cet isolement d'affections, en raison de leur coïncidence fréquente, nous devons admettre que, toutes les fois qu'il y a modification de l'état de la langue, il existe de très-fortes probabilités pour penser qu'il doit y avoir en même temps maladie de la membrane muqueuse gastro-intestinale ; c'est aux autres symptômes à nous apprendre si cette coïncidence, qui n'est que possible, mais non nécessaire, a réellement lieu dans tel ou tel cas particulier.

Quant aux variétés de modifications que subit la langue, à quoi peut-on les rattacher ? Ce n'est point, nous le savons maintenant, à des états morbides différents de la muqueuse gastro-intestinale, tels que ceux du moins qu'est apte à nous montrer l'ouverture des cadavres : ici toutes les théories ont été insuffisantes pour expliquer ces faits de tous les jours ; mais l'observation est venue nous apprendre que, parmi ces nombreuses modifications de la langue, il en est plusieurs qui, liées ou non à une affection de l'estomac ou des intestins, traduisent certains états spéciaux de l'économie qui ne peuvent être combattus avec avantage qu'à la condition qu'on leur opposera un traitement spécial comme eux (1). Ainsi, une langue

(1) N'oublions jamais qu'au moment où une maladie frappe un individu.

rouge, soit dans toute son étendue, soit par points isolés, soit sur ses bords, à sa pointe, ou à son centre, contre-indique constamment l'emploi d'autres moyens que celui des antiphlogistiques ; et une langue large, couverte d'un enduit blanc ou jaunâtre, sans aucune trace de rougeur pointillée ou autre, contre-indique souvent les émissions sanguines : elle peut indiquer au contraire l'emploi des vomitifs ou des purgatifs, et cela, non pas parce qu'il y a alors dans l'estomac une matière à évacuer, mais parce que l'expérience a appris qu'à la suite des modifications qu'impriment à l'économie des vomissements ou des selles abondantes, il y a plus de chance possible pour qu'on voie cesser cet état morbide spécial dont le traitement était indiqué par l'aspect de la langue ; mais notez bien que, de même que la rougeur de la langue n'est pas nécessairement liée à une irritation gastrique, de même la blancheur de la langue n'exclut pas toujours l'existence de cette irritation : c'est aux autres symptômes à révéler celle-ci ; alors on en pèsera l'importance, et l'on calculera jusqu'à quel point l'existence de cette irritation doit modifier le traitement.

Ne rapportant pas davantage, d'une manière nécessaire, à une inflammation gastro-intestinale, la sécheresse et la noirceur de la langue, nous trouverons dans cet aspect de la langue l'indice d'un troisième état de l'économie dans lequel, soit qu'il y ait ou non gastro-entérite, les débilitants de toute espèce deviennent nuisibles ; ce qui ne veut pas dire qu'il faille nécessairement avoir recours à une médication stimulante ; s'abstenir de saigner, ce n'est pas donner du quinquina. Lais-

---

il survient dans l'organisme une première modification dont la nature dépend des conditions physiologiques diverses dans lesquelles la maladie trouve le sujet, et d'où peut résulter une différence de nature de cette maladie elle-même, les lésions appréciables des organes restant les mêmes.

ser à la nature, par une médecine expectante, assez de force pour qu'elle puisse tendre spontanément à la résolution de la maladie, ce n'est pas la même chose que de déterminer par nos médicaments une réaction tout artificielle, parfois utile, mais souvent aussi sans profit ou nuisible.

La sécheresse et la noirceur de la langue n'arrivent ordinairement qu'à une période assez avancée de la maladie. Cet état de la langue peut être immédiatement précédé par une teinte rouge et lisse; souvent alors la langue paraît comme se coller au doigt qui la touche. L'épithélium se dessèche de plus en plus; puis il se gerce, se fendille; du sang sort de ces gerçures; il vient se coaguler à la surface de la langue, où il forme des croûtes brunes ou noires.

D'autres fois une mucosité visqueuse, d'un gris sale, attache la langue à la voûte palatine et aux dents. Cette mucosité se transforme insensiblement en un enduit noirâtre.

Chez d'autres individus, on voit peu à peu brunir l'enduit blanc-jaune qui recouvrait la langue.

Dans d'autres cas, cet enduit, d'abord très-épais, devient moins abondant; il disparaît du centre de la langue, qui en ce point se sèche, et offre une teinte rouge qui passe insensiblement au brun et au noir.

Au-dessous des croûtes noires ou entre elles, la langue est quelquefois d'une pâleur remarquable.

En même temps qu'elle est sèche, elle peut être très-pâle, ou d'une teinte jaune claire qui rappelle assez bien la couleur de la crême brûlée.

Bien que, comme nous l'avons dit tout-à-l'heure, l'état de sécheresse et de fuliginosité de la langue ne se manifeste le plus ordinairement qu'un certain temps après le début de la maladie, il est quelques cas où cet état de la langue se montre dès les premiers jours, ou même dès les premiers instants.

Tantôt l'apparition prématurée de cet état coïncide avec d'autres symptômes graves qui peuvent persister ou se dissiper avant lui; tantôt on n'observe rien autre chose d'alarmant que la sécheresse et la couleur brune de la langue. Il est des individus qui présentent, sous ce rapport, une bien singulière disposition; ils ne peuvent pas être légèrement malades, sans que sur-le-champ leur langue ne se sèche et ne brunisse (1). Chez les uns, cet état de la langue persiste pendant toute la durée de la maladie; chez les autres, il n'en marque que le début. Nous avons cité dans nos observations particulières quelques cas de ce genre. Ainsi, les pronostics tirés de la langue ont leurs exceptions comme tous les autres.

Poursuivons l'examen des autres désordres fonctionnels du tube digestif.

La perte d'appétit a constitué, chez un grand nombre de malades, le prodrôme de l'affection. Un certain temps avant de prendre le lit, tantôt pendant quelques jours seulement, tantôt pendant un mois à six semaines, ils n'éprouvaient plus, comme de coutume, le sentiment de la faim, et peu à peu ce sentiment se perdait tout-à-fait. C'était là parfois le seul dérangement qu'ils éprouvassent dans leur santé; mais le plus souvent avec la diminution de l'appétit coïncidaient un malaise général, une céphalalgie pénible, des douleurs dans les reins et dans les membres.

Chez plusieurs autres malades l'appétit se conserva intact jusqu'au jour où, pris tout-à-coup de fièvre, ils vinrent à s'aliter. Chez quelques-uns même, ce fut presque immédiatement

---

(1) Nous avons remarqué que chez les vieillards la langue se séchait et brunissait plus facilement et plus promptement qu'aux autres époques de la vie.

à la suite d'un repas où ils avaient mangé avec autant d'appétit que de coutume, que se manifesta la fièvre.

L'anorexie est donc un prodrôme fréquent, mais non constant, des fièvres continues.

Pendant toute la durée de la maladie, l'appétit ne se faisait nullement sentir; seulement quelques malades demandaient des aliments, prenant pour de la faim le sentiment de faiblesse qu'ils éprouvaient.

Plus tard, lorsque tout indique l'entrée en convalescence, on voit des individus chez lesquels l'appétit se rétablit tout-à-coup, et il arrive qu'un assez grand nombre peut brusquement passer d'une diète sévère à un régime assez substantiel; nous ne pensons pas qu'il en fût ainsi, si chez eux il y avait eu une lésion profonde de la membrane muqueuse gastrique. D'autres, bien que sentant beaucoup d'appétit, ne peuvent pas le satisfaire sans danger : lorsqu'on leur donne un peu d'aliment, le pouls s'accélère, la peau prend une chaleur fébrile, ou la diarrhée reparaît. Cependant il n'y a aucun mauvais goût à la bouche, la langue est naturelle, la soif nulle, l'épigastre est indolent. Nous croyons qu'en pareil cas ce n'est pas l'estomac qui souffre de l'alimentation; ce sont surtout les intestins, dont la membrane muqueuse, à peine guérie, s'irrite par le contact de toute substance étrangère. Faute d'avoir surveillé suffisamment en pareil cas les effets de l'alimentation, on a vu des individus être pris d'une diarrhée que rien ne pouvait plus arrêter, et qui les conduisit au tombeau, soit d'une manière aiguë, soit après les avoir fait lentement passer par tous les degrés du marasme.

Il est donc important, chez de pareils convalescents, de borner pendant quelque temps la nourriture à des aliments dont les matériaux, absorbés presque en totalité dans l'estomac lui-même ou dans la partie supérieure de l'intestin grêle,

fournissent le moins de résidus possibles. Nous avons vu, en pareil cas, le lait être remplacé avec avantage par des bouillons de bœuf convenablement préparés.

Chez d'autres convalescents, toutes les fonctions son rentrées dans l'état normal; la diarrhée a disparu depuis longtemps, et cependant la bouche reste mauvaise, pâteuse, la langue chargée; l'appétit ne se rétablit pas. En pareille circonstance, la prolongation de la diète est souvent tout ce qu'il y a à prescrire. Mais il faut bien savoir qu'il est des individus organisés de telle façon qu'ils ne sont pas aptes à supporter long-temps l'abstinence de toute alimentation; il en résulte pour eux divers accidents nerveux, une accélération fâcheuse de la circulation, puis des hypérémies secondaires, dont la cause réelle est trop souvent méconnue. Dans des cas semblables, il faut examiner avec soin l'état des voies digestives, et, si aucune contre-indication ne se présente, il faut donner quelques amers. Nul doute que l'administration de ce genre de médicament n'ait souvent heureusement modifié l'estomac, de telle manière qu'il en résultât le rétablissement de l'appétit, qui ne revenait pas sous la seule influence de la diète, et en même temps disparaissaient tous les accidents qu'avait produits et qu'entretenait la diète prolongée. Sont-ce là de ces cas où l'on pourrait tirer parti des émétocathartiques, que les anciens humoristes se croyaient à peu près obligés d'administrer dans la convalescence de presque toute maladie aiguë? Était-ce la pure théorie qui leur inspirait cette pratique? était-ce aussi l'observation de quelques cas, où, bien appliquée, elle avait réussi? Rappelons seulement à ce propos que, dans plusieurs de nos observations, il est question d'individus qui, n'ayant plus de fièvre, et n'offrant plus d'autres phénomènes morbides que de l'anorexie, et quelques autres symptômes dits d'embarras gastrique, vi-

rent ces symptômes disparaître immédiatement après qu'ils eurent pris un émétique. D'ailleurs, convaincu que nous sommes qu'une question de thérapeutique surtout ne saurait être résolue que par un nombre de faits beaucoup plus considérables que ceux que nous avons cités, sur ce point particulier, nous rappelons seulement ce que nous avons observé, et, sans vouloir en tirer de conséquence définitive, nous croyons cependant que de pareils faits méritent attention, et qu'il sera bon de chercher à les reproduire (1).

Le sentiment de la soif a été très-variable ches nos malades. Avec le même ensemble de symptômes, les uns éprouvaient une soif vive, les autres ne sentaient aucun désir de prendre des boissons. L'un de ceux chez lesquels la soif fut la plus forte avait l'estomac dans un état d'intégrité parfaite. La soif n'est donc pas toujours l'indice d'une irritation gastrique : elle peut également reconnaître pour cause, soit un dérangement de l'ensemble des fonctions nutritives, soit une déperdition subite et abondante du sérum du sang, soit un simple trouble du système nerveux.

Un petit nombre de malades éprouvèrent des nausées, et un plus petit nombre encore eut des vomissements. Plus d'une fois nous les vîmes se montrer au début seulement de l'affection, et cesser ensuite. Les matières vomies étaient composées soit des boissons introduites dans l'estomac, soit d'une petite quantité de mucosité claire et transparente, soit de bile jaune ou verdâtre, soit de sang. Cette dernière espèce de vomisse-

---

(1) Depuis que ces lignes ont été écrites, j'ai eu assez souvent occasion de combattre par les émétiques et les purgatifs l'ensemble des symptômes dont il est ici question, et de les combattre avec assez d'avantage pour que je ne craigne pas d'affirmer toute leur utilité en pareille circonstance.

ment a été la plus rare de toutes; le sang vomi était noir, semblable à une dissolution de chocolat ou de marc de café.

Aucun rapport ne saurait être établi entre l'existence des nausées ou des vomissements et un état déterminé de l'estomac, appréciable sur le cadavre. D'une part, nous n'avons pas observé ces deux phénomènes chez plusieurs des individus dont l'estomac fut trouvé le plus rouge, le plus gravement affecté; d'autre part, ils se sont montrés chez des malades dont l'estomac, examiné après la mort, fut trouvé dans un état à peu près sain. Ce fait important, sur lequel nous avions déjà insisté dans la première édition de la clinique, vient d'être récemment confirmé par M. Louis : sur vingt sujets affectés de la maladie qu'il a appelée fièvre thyphoïde, et qui avaient eu ou des nausées ou des vomissements, onze seulement lui offrirent une altération plus ou moins profonde de la membrane muqueuse-gastrique.

Ainsi l'existence des nausées ou des vomissements, dans les fièvres continues, ne prouve pas qu'il y ait, chez les sujets qui présentent ces accidents, une irritation de l'estomac plus forte que chez ceux qui ne les présentent pas; on ne peut même pas en déduire le simple fait de l'existence de cette irritation.

Qu'annoncent donc ces phénomènes relativement à la nature de la maladie ? qu'indiquent-ils pour la thérapeutique ?

Ce qui nous semble démontré, c'est que, lorsqu'un individu, atteint de la fièvre continue, vient à être pris de vomissement sans que sa langue rougisse, sans qu'il ait soif, sans qu'il ressente de douleur à l'épigastre, il y a lieu de penser que ce n'est point un accroissement de l'irritation gastrique qui a produit ces vomissements. Nous ne pensons pas non plus qu'il faille admettre, sans de nouvelles preuves, que ces nausées,

que ces vomissements, qui ne dépendent point d'une irritation de l'estomac, reconnaissent pour cause l'existence de bile ou de mucosité dans l'estomac, ou ce que Stoll appelait *saburres gastriques*. Car, en pareil cas, l'anatomie pathologique n'a pas plus montré ces saburres, qu'elle n'a montré la membrane muqueuse constamment rouge ou ramollie. Il est donc plus facile d'indiquer les circonstances auxquelles on ne peut rapporter ces nausées ou ces vomissements, que de signaler les conditions organiques qui leur donnent naissance. Ces phénomènes dépendent-ils d'un trouble de l'innervation? Nous serions portés à le penser pour un certain nombre de cas. Peuvent-ils aussi dépendre d'un besoin que ressent l'économie de modifier, par l'acte du vomissement, soit la sécrétion des follicules muqueux, soit la sécrétion du foie, afin que le sang se débarrasse ainsi des principes qui en altèrent la composition, soit par leur quantité, soit par leurs qualités? Cette hypothèse, nous pourrions l'appuyer sur quelques faits. Nous pourrions invoquer en sa faveur ces cas, qui sont pour nous bien avérés, dans lesquels des individus présentant la peau jaune, la langue sale, des nausées continuelles, des vomissements, et en même temps ayant ou non de la fièvre, ont été très-promptement délivrés de ces symptômes, après qu'ils avaient pris l'émétique. Relisez sous ce point de vue un grand nombre des observations consignées dans ce volume : vous verrez souvent d'abondants vomissements provoqués par une dose suffisante de tartre stibié faire cesser tout-à-coup les nausées, les vomituritions qui depuis plusieurs jours tourmentaient les malades : vous verrez en même temps tous les autres symptômes s'amender, la fièvre elle-même disparaître.

Aux faits de ce genre qu'on a pu lire dans ce volume, nous joindrons encore les suivants :

Pendant l'été humide qui vient de s'écouler (année

1829) (1), plusieurs malades se sont présentés à notre observation dans l'état suivant.

Après avoir éprouvé, pendant quelques jours, un malaise général, de la céphalalgie, une diminution progressive de l'appétit, ces individus perdaient leurs forces; leur figure prenait une teinte jaunâtre à laquelle participait aussi la conjonctive; un enduit épais, jaune, vert ou blanc, couvrait la langue, qui était large et ne présentait de rougeur en aucun point de sa surface; d'abord il y avait un mauvais goût dans la bouche, puis survenaient des envies de vomir, et enfin des *vomissements de matières muqueuses ou bilieuses; plusieurs ne pouvaient pas introduire une gorgée de tisane dans l'estomac sans la rejeter sur-le-champ;* une sensation incommode de pesanteur existait à l'épigastre; le ventre était d'ailleurs partout indolent et souple, quelquefois cependant légérement tendu; les selles n'avaient ordinairement lieu que par lavement. En même temps existait un mouvement fébrile, qui, dans la journée, était peu considérable, qui chaque soir se caractérisait par un redoublement que ne précédait aucun frisson, mais que terminait chaque matin une sueur abondante. Quelques-uns de ces malades furent soumis à une médecine purement expectante, ils se rétablirent très-lentement. D'autres furent saignés, sans qu'il en résultât pour eux aucun soulagement. Chez un malade même, le premier redoublement fébrile qui eut lieu survint la soirée du jour où des sangsues avaient été mises à l'épigastre; chez aucun, ce redoublement ne diminua après les émissions sanguines. Enfin, chez plusieurs, l'émétique fut essayé, et nous fûmes singulièrement

(1) Les observations que nous avons recueillies depuis 1829 jusqu'à ce jour, n'ont pas infirmé les faits dont ce paragraphe offre le résumé.

frappés du prompt changement en bien qui suivit immédiatement l'administration de ce médicament, à quelques exceptions près que nous signalerons tout à l'heure. Une fois qu'ils eurent pris l'émétique, et qu'ils eurent abondamment vomi, les nausées et les vomissements ne se montrèrent plus, le redoublement fébrile disparut, et une guérison rapide eut lieu. Chez trois malades cependant il n'en fut pas ainsi; chez l'un d'eux, l'administration de l'émétique ne fut suivie d'aucun changement, soit en bien, soit en mal. Chez les deux autres, les nausées et les vomissements spontanés cessèrent aussi, mais la langue rougit et se sécha, le ventre se ballonna légérement, la teinte jaune de la face, loin de diminuer, augmenta, et un certain air de stupeur se répandit sur la physionomie. Dans ces deux cas, des sangsues furent appliquées à l'épigastre, et les malades parurent s'en bien trouver. Il est vraisemblable que chez les trois malades dont nous venons de parler, et surtout chez les deux derniers, il existait un état morbide différent de celui qui avait lieu chez les autres auxquels l'émétique fut administré avec un incontestable avantage. Peut-être sont-ce là de ces cas qu'on rencontre si souvent en médecine pratique, dans lesquels des lésions de nature différente se traduisent cependant par des symptômes identiques. Mais peut-être aussi fut-ce une disposition spéciale des sujets qui chez eux rendit inutile ou nuisible l'administration du tartre stibié. Quoi qu'il en soit, et à quelque conjecture qu'on veuille se livrer à cet égard, nous retiendrons de ce qui précède que le même traitement ne réussit pas toujours, bien qu'employé dans des cas de maladies les plus semblables possibles par leurs symptômes; mais ce n'est pas là sans doute une raison pour renoncer à une médication dont une main habile et exercée peut tirer souvent un si grand parti. Il faudrait alors renoncer à toute thérapeutique; il faudrait ne plus opposer le

quinquina aux fièvres intermittentes, ni l'opium à la douleur.

En rapportant spécialement au sujet qui nous occupe tout ce que nous venons de dire, nous établirons comme corollaire des faits précédents et de beaucoup d'autres rapportés dans ce volume, que, lorsque les nausées et les vomissements existent avec l'ensemble des symptômes qui viennent d'être signalés, on peut les faire disparaître, et en même temps améliorer tout le reste, par l'administration d'un vomitif, et qu'ainsi l'adage si connu, *vomitus vomitu curatur*, faux dans sa généralité, est vrai dans un certain nombre de cas particuliers, et repose sur l'observation de faits incontestables.

Malheureusement, et il faut le reconnaître, il restera un certain vague dans la détermination pratique des cas où il convient de donner l'émétique, tant que, ne connaissant pas la modification morbide qui disparaît par cet émétique, on n'aura pour guide de son administration que l'examen des symptômes. Car, dans leurs nuances infinies, ces symptômes peuvent bien facilement donner le change sur les véritables indications qu'il y aurait à remplir; ils peuvent enfin nous apparaître semblables, leur cause organique étant cependant différente. Voilà sans doute de graves et de sérieuses difficultés; mais la première condition de tout progrès, c'est de bien les connaître; et nous croirons avoir rendu quelque service, en présentant ces difficultés telles que nous les a données l'observation. Qu'on nous taxe, si l'on veut, d'hésitation, d'incertitude de doctrine; nous serons peu sensibles à ce reproche, car nous pensons qu'il ne convient pas d'être plus affirmatif dans un livre qu'on ne l'est près du lit des malades, et nous plaignons sincèrement l'aveuglement ou la prévention de ceux qui, dans l'application pratique, regardent comme résolues les questions que nous venons d'agiter, soit qu'ils pensent qu'on peut toujours affirmer à coup sûr les cas où il est bon d'opposer l'émé-

tique à des symptômes gastriques, soit qu'ils aient accepté comme prouvé que ces symptômes, constamment exaspérés par les vomitifs, doivent être combattus dans tous les cas par des émissions sanguines. Pour nous, tout ce que nous assurons, c'est que ni les uns ni les autres ne sont dans le vrai.

Du reste, les nausées et les vomissements nous ont paru se montrer plus fréquemment dans les premiers temps de la maladie, et lorsqu'elle est encore assez légère; ces phénomènes deviennent de plus en plus rares, il disparaissent même, s'ils avaient existé, à mesure que la fièvre devient plus grave, à mesure surtout que les symptômes adynamiques surviennent. Ils nous semblent être tellement rares dans cette dernière période de la maladie, que, s'ils viennent alors à se montrer, on doit craindre qu'ils ne soient le symptôme d'une péritonite causée probablement par une perforation intestinale..

Celui qui ne connaîtrait des fièvres continues que les altérations graves dont certaines parties du tube digestif sont le siége si fréquent dans ces maladies, croirait sans doute que des lésions si profondes de la membrane muqueuse intestinale doivent se révéler par de vives douleurs, et que ces douleurs doivent constituer un des symptômes les plus ordinaires de la plupart des fièvres continues. Cependant s'il parcourait nos observations pour y chercher ce symptôme, il verrait au contraire que la douleur abdominale manque complétement dans un grand nombre de cas; que d'autres fois elle ne se montre que d'une manière passagère et en quelque sorte fugitive, et qu'enfin elle n'est un peu vive que dans quelques cas tellement rares, qu'on peut les regarder comme de véritables exceptions.

La douleur, lorsqu'elle existe, peut avoir son siége, 1° dans tout l'abdomen, où elle est comme diffuse; 2° dans quelques points isolés, et spécialement à l'épigastre, vers la région iléo-

cœcale, aux environs de l'ombilic, dans le trajet du colon. C'est dans ces divers points qu'il faut la chercher, en demandant d'abord au malade si, en quelqu'un de ces points, il sent de la douleur, puis essayant de la faire naître par différents degrés de pression.

Quelques malades disent qu'ils souffrent de tout le ventre. Dans toute l'étendue de cette cavité, ils éprouvent en effet une sensibilité obtuse qu'on transforme en douleur par la pression. Cette sensibilité générale peut reconnaître pour cause l'irritation des voies digestives: mais pourquoi cette irritation la produit-elle dans un cas, et pas dans vingt autres? Le péritoine participe-t-il alors légèrement à la lésion de la membrane muqueuse? Est-ce un indice que les villosités intestinales sont plus spécialement affectées? A ces questions, on ne peut encore faire aucune réponse satisfaisante.

Il est un autre cas dans lequel la douleur, également étendue à tout l'abdomen, ne réside plus dans les viscères de cette cavité; elle a son siége dans la peau des parois abdominales, ou dans les muscles subjacents. Cette douleur est beaucoup plus vive que la précédente; il suffit de presser très-légèrement la peau pour la produire, et bien souvent alors on détermine aussi de la douleur, quel que soit le point de la périphérie cutanée sur lequel on vient à presser. Cette douleur doit être rapportée à une simple exaltation de la sensibilité générale; elle coïncide ordinairement avec d'autres phénomènes nerveux.

Dans quelques cas, nous avons constaté, en touchant ou pressant les parois abdominales, l'existence d'une douleur qui était aussi très-étendue, mais qui reconnaissait encore une autre cause que les précédentes. Elle paraissait due à un épanchement de sang que nous trouvions à l'ouverture du cadavre dans les faisceaux musculaires des parois abdominales, et spé-

cialement dans les muscles droits. En pareil cas, la douleur est parfois très-vive; la moindre pression lui donne une grande intensité, et elle pourrait faire croire à l'existence d'une péritonite.

La douleur épigastrique est loin d'être constante, et nos observations à cet égard sont d'accord avec celles de M. Louis, qui a vu cette douleur manquer chez près de la moitié des individus dont il a ouvert les cadavres. Cette douleur ne s'est également montrée que rarement dans les cas de dothinentérie qui ont été publiés par M. Trousseau, ainsi que par M. Gendron. Il en est à peine question dans l'ouvrage de MM. Petit et Serres; M. Bouillaud paraît au contraire l'avoir observée plus souvent.

Lorsque cette douleur existe, tantôt la pression seule la fait naître, tantôt elle est spontanée; les malades accusent à l'épigastre une gêne, une pesanteur, ou bien une chaleur plus ou moins vive; l'ingestion des boissons l'augmente rarement; elle peut occuper tout l'épigastre, ou être bornée à un point de cette région, et, dans ce dernier cas, c'est surtout au niveau de l'appendice xiphoïde, dans la partie de l'estomac correspondante au cardia, qu'elle se fait sentir. Chez très-peu de malades, nous avons vu la douleur exister plus particulièrement vers le grand cul-de-sac, là où cependant après la mort la membrane muqueuse se montre le plus fréquemment altérée. Quelques malades rapportent la sensation pénible qu'ils éprouvent plus haut que l'épigastre, et, par exemple, à la partie inférieure du sternum, dans l'étendue de trois ou quatre travers de doigt au-dessus de l'appendice xiphoïde; d'autres accusent comme une barre qui serait étendue transversalement d'un des hypocondres à l'autre, en passant par l'épigastre.

Dans toutes ces variétés, la douleur épigastrique est géné-

ralement obtuse; quelquefois cependant elle acquiert assez de vivacité pour devenir un symptôme prédominant, et pour mériter d'être spécialement combattue. C'est ainsi que chez l'individu qui fait le sujet de notre observation CXVI, l'épigastre, indolent depuis le commencement de la maladie, devint tout-à-coup le siége d'une vive douleur, qui, après vingt-quatre heures d'existence, disparut à la suite d'une application de sangsues faite sur l'épigastre même.

Quelle que soit son intensité, la douleur épigastrique varie sous le rapport de sa durée et de l'époque de son apparition: elle peut commencer avec la maladie et persister pendant tout son cours. Après s'être montrée dès le début, elle peut cesser promptement, soit d'ailleurs que les autres symptômes diminuent ou s'aggravent. Elle peut aussi ne se manifester qu'à une époque de la maladie plus ou moins éloignée du début. Nous avons vu enfin quelques individus chez lesquels, trois ou quatre semaines avant l'invasion de la maladie, il avait existé une douleur épigastrique, sans autre dérangement appréciable de la santé.

La douleur épigastrique annonce en général un état d'irritation de l'estomac; mais elle n'est liée à aucune lésion spéciale de cet organe. Il peut présenter toutes les variétés possibles d'hypérémie, de ramollissement, d'ulcération, sans avoir été jamais le siége de la moindre douleur. D'un autre côté, on a trouvé l'estomac sain chez des individus dont l'épigastre avait été douloureux. M. Louis parle de cinq sujets dont l'estomac ne lui offrit rien de remarquable, et qui avaient eu des douleurs à l'épigastre. Mais il ne nous dit point si ces douleurs existaient encore au moment de la mort. Il résulte des observations du même auteur, et cela ressort également des nôtres, que lorsque la douleur épigastrique existe en même temps que des vomissements de bile, il y a tout lieu de croire que ces

deux symptômes réunis sont le produit d'un véritable état phlegmasique de l'estomac.

N'oublions pas d'ailleurs que, chez un très-grand nombre d'individus atteints de fièvres continues, il y a une distension telle du colon que, lorsqu'on presse l'épigastre, c'est ce colon que l'on comprime, et nullement l'estomac. N'oublions pas non plus que chez beaucoup de personnes qui se portent très-bien, une pression un peu forte, exercée sur l'épigastre, fait naître une sensation douloureuse.

Plus haut, nous avons signalé les points de l'abdomen, autres que l'épigastre, qui deviennent plus particulièrement douloureux. En ces divers points, la douleur peut être spontanée, ou ne se produire que sous la pression. Souvent elle n'a lieu qu'au moment où le malade sent le besoin d'aller à la selle : ce sont alors de simples coliques. Mais celles-ci n'accompagnent pas même nécessairement le dévoiement qui survient à diverses périodes des fièvres. Il est des malades qui ont des selles très-abondantes, presque continuelles, sans éprouver aucune sensation pénible. Il en est d'autres qui ne ressentent autre chose qu'un peu de chaleur vers le fondement.

Dans ces cas cependant, où, pressé dans tous ses points, l'abdomen ne se montre douloureux nulle part, la membrane muqueuse est le plus ordinairement gravement altérée. Confirmant par nos recherches les belles observations de M. Broussais sur le caractère indolent d'un grand nombre de phlegmasies intestinales, nous écrivions en 1823 (première édition de cet ouvrage), que l'on serait exposé à méconnaître continuellement les entérites les plus intenses, si l'on ne voulait en admettre l'existence que là où on trouve de la douleur. Depuis la publication de nos recherches à cet égard, de nombreux travaux, publiés par des hommes des écoles les plus différen-

tes, sont venus encore démontrer que les intestins peuvent être très-profondément affectés, sans qu'il en résulte de douleur. Nous avons vu cette douleur manquer également, 1° dans les cas de simple érythème de la membrane muqueuse; 2° dans ceux où de nombreuses plaques exanthémateuses couvraient la surface interne de l'intestin grêle; 3° dans d'autres cas où au lieu de plaques, l'on n'observait dans l'intestin grêle ou dans le gros intestin qu'un plus ou moins grand nombre de boutons isolés; 4° dans les cas aussi où des ulcérations s'étaient formées soit dans l'iléum, soit sur l'une ou l'autre face de la valvule iléo-cœcale, soit dans le cœcum, dans le colon, et même dans le rectum. Nous avons trouvé des sujets dont les ulcérations, étendues en profondeur, avaient presque pour fond la seule membrane péritonéale, et cependant il n'y avait pas eu de douleur : et notez que nous parlons seulement ici des cas où les malades avaient encore le libre exercice de leur intelligence, lorsque chez eux nous cherchions à constater l'existence de la douleur en quelques points de l'abdomen (1).

Il est des cas où, après qu'ont disparu tous les symptômes, il reste une diarrhée qui entrave la convalescence, et qu'il est important de combattre. Mais quels moyens lui opposera-t-on, et le choix de ces moyens devra-t-il être subordonné à la présence ou à l'absence de la douleur abdominale? Nous ne le pensons pas. Bien souvent, en effet, nous avons vu de ces diarrhées indolentes, atoniques par leurs symptômes, dont

(1) Nous verrons, dans un autre volume de cet ouvrage, que les ulcérations qui se produisent si fréquemment dans les intestins des phthisiques, se développent aussi bien souvent sans donner lieu à aucune douleur. Nous verrons aussi que les ulcérations de la membrane muqueuse du larynx peuvent également naître et s'étendre sans douleur.

l'anatomie montrait plus tard la cause dans des ulcérations intestinales.

Un des phénomènes les plus constants des fièvres continues, c'est la modification des évacuations alvines qui deviennent tantôt plus rares, et tantôt plus abondantes que de coutume.

La constipation, plus rare que la diarrhée, persiste quelquefois pendant tout le cours de la maladie, soit qu'elle se termine par le retour à la santé ou par la mort. Ainsi, l'individu qui fait le sujet de l'observation VII, et qui ne mourut que le trente-unième jour, n'eût jamais de dévoiement; on ne trouva pas d'ulcérations dans ses intestins, mais seulement un état de tuméfaction des follicules de l'intestin grêle, avec rougeur du cœcum. Dans d'autres cas, la constipation existe seulement dans les premiers temps de la maladie, puis elle est remplacée par une diarrhée plus ou moins abondante.

La diarrhée peut commencer à différentes époques de la maladie. Sous le rapport du temps de son apparition, les cas suivants doivent être distingués.

Premier cas. Manifestation de la diarrhée, plus ou moins long-temps avant tous les autres symptômes. C'est ainsi que plusieurs de nos malades nous racontèrent que, plusieurs jours ou même plusieurs semaines avant le moment où ils renoncèrent à leurs occupations et s'alitèrent, ils avaient été pris d'un dévoiement continu chez les uns, et n'apparaissant chez les autres que par intervalles. A mesure que ce dévoiement s'était prolongé, ils avaient senti leur appétit diminuer et les forces baisser; enfin la fièvre s'emparait d'eux, et seulement alors ils entraient à l'hôpital.

Deuxième cas. Invasion simultanée de la diarrhée et des autres symptômes. Dans ce cas furent un certain nombre de nos malades, qui n'avaient pas aperçu la moindre altération dans leur santé, lorsque tout-à-coup, à la suite de causes plus

ou moins appréciables, ils étaient pris en même temps de dévoiement et de fièvre. Souvent alors ce dévoiement était très-considérable dès son début. Chez quelques-uns il ne commençait qu'à la suite d'un violent frisson.

Troisième cas. Apparition de la diarrhée plusieurs jours après l'invasion de la fièvre. Elle succède alors très-rarement à des selles naturelles, le plus souvent à une constipation plus ou moins opiniâtre; tantôt elle survient sans cause connue, tantôt elle suit l'administration de quelque substance excitante. Nous l'avons vue plus d'une fois survenir, pour ne plus s'arrêter, après que les malades avaient pris du calomel, qu'on leur avait donné pour vaincre leur constipation. Chez les uns, elle s'établit peu à peu, et d'abord l'on s'aperçoit à peine de son existence : il n'y a d'abord en vingt-quatre heures qu'une ou deux selles mal liées. Chez d'autres, elle est dès son début très-considérable. Des malades, qui avaient été plusieurs jours sans aller à la selle, ont tout-à-coup en quelques heures un très-grand nombre d'évacuations alvines. L'établissement brusque d'une diarrhée aussi abondante coïncide généralement avec une exaspération des autres symptômes. C'est souvent à cette époque que l'on voit la forme de fièvre dite inflammatoire ou bilieuse passer rapidement à la forme adynamique ou ataxique. Un des cas les plus remarquables de ce genre que nous ayons eu occasion d'observer est le suivant :

Un jeune homme, venant d'être reçu officier de santé, se disposait à quitter Paris, lorsqu'il fut pris d'un violente céphalalgie et de fièvre. Pendant une dizaine de jours, il n'offrit autre chose que les symptômes d'une fièvre dite inflammatoire; la céphalalgie était seulement très-intense, et il y avait de la constipation. Plusieurs saignées ne diminuèrent en rien, ni la céphalalgie, ni les autres symptômes. Il ne présentait encore aucun phénomène décidément grave ; l'intelligence était restée

parfaitement nette, lorsque, peu d'heures après une application de sangsues au fondement, la constipation, qui avait persisté jusqu'alors, fut tout-à-coup remplacée par une diarrhée très-abondante. Dès ce moment, prostration subite, affaissement rapide des traits, épistaxis répétées, sécheresse et fuliginosité de la langue, ballonnement du ventre, pouls très-fréquent, soubresauts des tendons, délire, et mort moins de cinquante heures après l'apparition de la diarrhée.

Quatrième cas. Apparition ou persistance de la diarrhée pendant la convalescence. Il est rare que la diarrhée se montre, pour la première fois, au moment où la convalescence s'établit; mais il est moins rare de la voir continuer et devenir même plus abondante, à l'époque même de la convalescence. Souvent alors la diarrhée est fort peu considérable, et l'on n'y fait pas attention; cependant les forces ne reviennent pas, ou diminuent de nouveau après avoir paru se rétablir; la peau reste sèche; au bout d'un certain temps le pouls acquiert un peu de fréquence; un petit mouvement fébrile apparaît, soit continuel, soit seulement par intervalles; le malade reste pâle, comme anémique, et l'on ne peut méconnaître qu'il dépérit chaque jour. Cependant les symptômes locaux qui peuvent rendre raison d'un pareil état sont souvent à peine prononcés; les malades demandent à manger; leur appétit paraît bon, et ils semblent bien digérer; l'abdomen est souple, indolent dans tous ses points, et il y a tout au plus deux ou trois selles mal liées en vingt-quatre heures; quelquefois même ce nombre de selles n'a lieu que tous les trois ou quatre jours, et chaque vingt-quatre heures il n'y a qu'une garde-robe, dont la matière est liquide. Malgré cette apparente bénignité des symptômes locaux, le marasme fait des progrès, et, au bout d'un temps plus ou moins long, les malades succombent. Lorsqu'on ouvre les cadavres, on trouve dans l'intestin, au lieu de folli-

cules agminés, des ulcérations plus ou moins étendues, soit en largeur, soit en profondeur.

Voilà ce qui a lieu dans certains cas; dans d'autres, les symptômes locaux sont plus prononcés : l'appétit est à peu près nul; ou bien, si les malades appètent encore des aliments, ceux-ci sont mal digérés, ou ils vont augmenter le dévoiement. L'abdomen est un peu sensible à la pression; les malades y ressentent spontanément de la douleur; les selles sont plus abondantes que dans le cas précédent; elles sont plus séreuses et quelquefois teintes de sang. A l'ouverture des cadavres, on ne trouve pas d'autre lésion que chez les malades dont il est question dans le précédent paragraphe, et voilà encore un cas où, en raison de certaines dispositions de l'organisme qui nous échappent, des lésions identiques donnent lieu à des symptômes différents. Mais, ce que nous ne négligerons pas de noter, c'est que dans ces deux cas où les symptômes locaux qui tiennent à la lésion intestinale sont si peu semblables, le traitement doit rester le même. Dans le premier cas, pas plus que dans le second, nous n'avons vu réussir les substances dites toniques ou astringentes; l'identité des lésions, dans ces deux cas, explique suffisamment cette identité de résultats thérapeutiques, que, par la seule considération des symptômes, nous ne pourrions pas comprendre.

On a dit que la diarrhée était l'indice de l'irritation du gros intestin; on l'a donnée comme le signe de la colite, et l'on a prétendu que, tant que l'irritation était bornée à l'intestin grêle, il y avait au contraire constipation. Nos observations ne sont nullement d'accord avec ces idées; nous avons trouvé sur beaucoup de cadavres le gros intestin parfaitement sain dans toute son étendue, bien que, pendant la vie, et jusqu'à l'instant de la mort, une abondante diarrhée eût existé : il nous a paru qu'il suffisait, pour qu'il y eût dévoiement, que la

fin de l'intestin grêle fût altérée d'une manière quelconque. Ici encore les recherches de M. Louis sont venues confirmer les nôtres.

La nature des selles peut-elle fournir quelque renseignement sur la nature ou sur la gravité de l'altération qu'a subie l'intestin? Nous ne le pensons pas. Soit qu'il y ait simple érythème de la membrane muqueuse, tuméfaction des follicules, ou ulcération, on voit les selles être indifféremment, tantôt séreuses et semblables à de l'eau légèrement teinte en jaune ou en vert, tantôt paraissant formées d'une bile à peu près pure, tantôt muqueuses, d'autres fois semblables à une purée d'un brun noirâtre ou d'un gris de cendre, ailleurs mêlées à certaine quantité de sang. Il est quelques cas où celui-ci forme à lui seul toute la matière des évacuations; la quantité de sang rendue par l'anus est quelquefois alors très-considérable; chez quelques malades, on n'observe qu'une seule évacuation de ce genre; chez d'autres, elle se renouvelle plusieurs fois; les malades rendent, à des intervalles plus ou moins éloignés, un flot de sang qui, reçu dans un vase, serait pris pour du sang qu'on vient d'extraire d'une veine. Pour peu que de semblables évacuations se renouvellent ou se prolongent, elles sont suivies d'un notable affaiblissement du sujet, qui ne tarde pas à succomber au milieu d'un état adynamique. A l'ouverture du cadavre, on trouve du sang amassé dans l'intestin, et d'ailleurs aucune autre lésion particulière. Du reste, quelle que soit la gravité d'une semblable hémorrhagie, elle ne s'oppose pas constamment au rétablissement du sujet. Dans tous les cas que nous avons observés, les individus sont morts; mais M. Louis a vu trois cas où, malgré cette hémorrhagie, la guérison a eu lieu (1). Dans deux des cas

(1) Depuis que ceci a été écrit, nous avons rencontré aussi des cas dans

qu'il rapporte, le sang était rendu sous forme de caillots; du sang fut évacué pendant trois, quatre et six jours de suite. Chez ces trois malades il y avait en même temps des épistaxis, qui, chez l'un d'eux, avaient été très-abondantes. Du reste, la membrane muqueuse intestinale peut exhaler du sang en grande quantité, sans que cette hémorrhagie soit annoncée par la nature des selles. Ainsi, chez un des malades dont nous avons rapporté l'observation, elle ne fut révélée qu'à l'ouverture du cadavre; le sang exhalé dans l'intestin grêle qu'il remplissait, n'avait point dépassé la valvule iléo-cœcale.

Que si nous étudions la diarrhée sous le rapport des modifications qu'elle peut éprouver de la part des moyens thérapeutiques dont nous avons suivi les différents effets dans nos observations, nous verrons d'abord que, dans un grand nombre de cas, les évacuations alvines ont été diminuées ou arrêtées à la suite d'applications de sangsues faites à l'anus, tandis que dans d'autres cas, également nombreux, ces applica-

---

lesquels d'abondantes hémorrhagies intestinales, survenues pendant le cours de fièvres graves, n'ont pas empêché la maladie d'avoir une terminaison heureuse. Ces hémorrhagies n'ont lieu, le plus ordinairement, qu'à une époque déjà avancée de l'affection; cependant, nous avons vu tout récemment un cas dans lequel trois livres de sang au moins furent rendues par l'anus à une époque très-rapprochée de celle du début. L'individu qui fait le sujet de cette observation n'était tombé malade que depuis trois jours, et, depuis ce temps, il avait un mouvement fébrile sans symptômes bien tranchés, lorsque tout à-coup, après avoir éprouvé quelques coliques, il rendit en une seule fois, en allant à la selle, la quantité de sang que nous avons indiquée. A la suite de cette évacuation, le malade eut une syncope prolongée; nous fîmes donner un quart de lavement d'eau amidonnée avec addition de deux gros d'extrait de ratanhia et d'un gros de diascordium; des sinapismes furent appliqués sur les membres, et une décoction de riz frappée de glace fut administrée. L'hémorrhagie ne se reproduisit plus; et le malade parcourut ensuite les périodes ordinaires d'une fièvre typhoïde qui se termina d'une manière favorable.

tions n'ont eu sur la diarrhée aucune espèce d'influence. Relativement à l'influence exercée par les vomitifs sur la diarrhée, nous pourrons diviser en quatre séries les individus soumis à ce genre de médication : chez les uns, la diarrhée a augmenté, ou s'est manifestée pour la première fois à la suite de l'administration de l'émétique; chez d'autres, la diarrhée a été momentanément augmentée, puis elle a cessé après vingt-quatre heures; chez d'autres, elle a cessé tout-à-coup après les vomissements; chez d'autres enfin, elle n'a paru être nullement influencée par eux. Quant au quinquina et aux autres toniques donnés en lavements, nous ne les avons jamais vu arrêter la diarrhée. Directement introduits dans l'estomac, ils ont été plusieurs fois suivis de la cessation de ce flux. Nous n'avons pas constaté qu'il ait été heureusement influencé, dans aucun cas, par les topiques irritants, soit appliqués aux membres abdominaux, soit placés sur l'abdomen lui-même. La diarrhée des convalescents nous a paru assez souvent diminuer à la suite de l'administration de moitiés ou de quarts de lavements faits avec une dissolution d'amidon à laquelle on ajoute depuis cinq jusqu'à vingt gouttes de laudanum.

Dans ce qui précède, nous n'avons considéré le dévoiement que comme un accident qui augmente les chances de gravité de la maladie; cependant quelques-unes de nos observations nous ont montré des cas où, en même temps que la fièvre cessait et que s'amendaient les autres symptômes, la diarrhée, au contraire, augmentait d'une manière notable. Dans d'autres cas, nous l'avons vue apparaître pour la première fois, en même temps que, pour la première fois aussi, on observait une tendance de la maladie vers une solution heureuse. Quelquefois enfin elle survient pendant la convalescence, sans qu'elle paraisse en aucune façon en entraver les progrès. Ce sont sans doute des faits de ce genre qui avaient fait penser aux anciens

qu'un certain nombre de fièvres continues *se jugent* par la diarrhée, comme d'autres *se jugent* par les sueurs. Pour nous, nous dirons que les cas de fièvres continues, dans lesquels nous avons vu l'établissement de la diarrhée être suivi de quelque bien, sont si rares que nous croyons ne pouvoir rien en conclure relativement à la *nature critique* de ce phénomène. Ici toutefois il nous a semblé bon de rappeler ces cas, parce que les faits ne peuvent être utiles qu'autant qu'on les envisage sous tous les points de vue, et qu'il n'est pas sans importance de soumettre de temps en temps à des investigations nouvelles ces points de doctrine qui, sous l'influence de théories différentes des nôtres, ont occupé jadis une si large place dans la science comme dans la pratique. Est-ce l'observation ou la pure théorie qui a porté Huxham à établir que, dans la maladie qu'il a décrite sous le nom de fièvre lente nerveuse, le délire et la disposition au coma disparaissent, en même temps qu'un flux de ventre s'établit? Est-ce par des faits que Pringle a été conduit à regarder la diarrhée comme servant le plus ordinairement de crise aux fièvres rémittentes, dont il nous a transmis une si précieuse description? Il recommandait dans ces maladies de ne point arrêter trop tôt le cours de ventre. Grant considérait aussi la diarrhée comme étant la crise naturelle de la fièvre putride. A notre avis, toutes ces idées reposent sur des faits réels, mais mal interprétés. Comme nous, les auteurs que nous venons de citer avaient vu qu'à une certaine époque des fièvres il survient le plus ordinairement de la diarrhée; voilà le fait que dut leur fournir l'observation, à eux comme à nous. Mais pour nous, cette diarrhée est le résultat tout naturel de la lésion intestinale dont les investigations anatomiques ont constaté l'existence dans ces maladies. Pour ceux auxquels une théorie avait enseigné que toute maladie doit se terminer par l'évacuation d'une matière

morbifique, cette diarrhée, qui survenait vers la fin de la fièvre, devait être le résultat de l'effort de la nature pour accomplir cette évacuation. De leur temps comme du nôtre, la mort devait bien souvent survenir pendant le cours de la diarrhée; mais alors ils admettaient que la crise n'avait pas été suffisante. Enfin, le plus fort argument qu'ils croyaient pouvoir donner en faveur de leur théorie, c'est qu'en cherchant à arrêter le cours du ventre, et en l'arrêtant en effet, on faisait beaucoup de mal. Je le crois bien, car pour cela ils employaient des substances irritantes qui ne supprimaient les selles qu'en aggravant singulièrement la lésion gastro-intestinale. Ce n'était donc point la suppression de la crise, comme ils le disaient, qui était alors nuisible; c'était l'accroissement d'irritation qu'ils produisaient dans les voies digestives. C'est là sans doute un exemple bien remarquable de la différence des inductions théoriques auxquelles ont peut arriver en partant d'un même fait bien réel et bien observé.

Nous avons déjà parlé du météorisme, de son siége le plus fréquent, et de ses rapports avec la lésion de la membrane muqueuse intestinale. Nous avons vu que, résidant surtout dans le colon, il ne pouvait être expliqué par aucune des altérations que l'ouverture des cadavres montrait dans cet intestin (1).

---

(1) L'exhalation d'une grande quantité de gaz dans l'intestin est tellement indépendante d'un état de phlegmasie de cette partie, que, d'une part, on voit la tympanite se développer dans des cas où il n'existe certainement rien qui ressemble à une entérite, comme dans certaines névroses, et que, d'autre part, on ne l'observe pas chez les phthisiques, dont les intestins présentent toutes les variétés possibles d'inflammation. Nous ne nous rappelons avoir vu de tympanite bien prononcée que chez un seul de ces derniers malades. Ce cas nous parut d'autant plus remarquable, qu'après avoir duré un certain

Ce météorisme ne survient ordinairement qu'à une époque assez avancée de la maladie; il précède ou suit l'apparition du dévoiement; tantôt il ne se montre que d'une manière passagère; tantôt au contraire, une fois produit, il persiste; il présente plusieurs degrés, depuis celui où il n'est guère reconnaissable que par la percussion, jusqu'à celui où le colon est tellement distendu que sa forme se dessine très-bien à travers les parois abdominales; à ce degré, le gros intestin occupe presque tout le ventre, et, refoulant le diaphragme, il produit une dyspnée des plus fâcheuses.

Du reste, à tous ses degrés, le météorisme est un accident qui augmente beaucoup la gravité du pronostic. Quelle que soit sa cause prochaine, toujours est-il qu'il traduit une disposition de l'organisme, dans laquelle il y a affaissement notable des forces vitales, et tendance de plus en plus grande vers une prostration que les émissions sanguines ne font plus qu'aggraver.

Toutefois, de quelque fâcheux augure que soit le météorisme, nous n'oublierons pas que plusieurs de nos malades, qui l'avaient présenté à un degré considérable, ont cependant guéri. Nos observations ne nous ont montré d'ailleurs aucun agent thérapeutique qui ait pu agir directement sur lui.

---

temps, la sécrétion gazeuze cessa tout-à-coup. Il y avait du dévoiement chez cet individu, des gaz étaient rendus en très-grande quantité par l'anus, et cependant l'abdomen, fortement météorisé, ne diminuait pas de volume. Cette tympanite persista pendant près de trois semaines. Au bout de ce temps, l'abdomen revint spontanément en quarante-huit heures à son volume ordinaire, sans que le malade eût rendu par l'anus sensiblement plus de gaz que les jours précédents. Le malade succomba peu de temps après. On trouva des cavernes dans les poumons, des ulcérations et des tubercules dans les intestins.

APPAREIL CIRCULATOIRE.

§ Ier. LÉSIONS TROUVÉES APRÈS LA MORT DANS L'APPAREIL CIRCULATOIRE.

Nous allons suivre tour-à-tour ces lésions dans le cœur, dans les artères et dans les veines.

Le cœur, dont l'action est constamment troublée chez les individus atteints de fièvres continues, ne nous a présenté que très-rarement, sur le cadavre, quelque altération appréciable.

Sur les soixante-cinq cas de fièvres avec ouverture du corps, relatés dans les observations que contient ce volume, il y en a cinquante-sept dans lesquels le cœur nous a paru être, sous tous les rapports, à son état normal. Sur trente-trois autres cas de maladies du même genre, également terminés par la mort, et dans lesquels nous avons tenu un compte exact de l'état du système circulatoire, nous en avons trouvé vingt-huit dans lesquels le cœur présentait toutes les conditions de volume, de couleur, de consistance, qui en constituent l'état sain.

Ainsi donc, sur quatre-vingt-dix-huit cas d'ouvertures de corps, faites par nous, d'individus morts avec tous les symptômes des fièvres graves, treize seulement nous ont offert quelque trace d'altération dans le cœur, et encore, sur ces treize cas, y en avait-il quelques-uns dans lesquels l'altération était bien légère; ainsi, sur ces treize cas, deux fois nous ne trouvâmes autre chose qu'une pâleur insolite du tissu du cœur. Une autre fois, cette pâleur coïncidait avec un état de flaccidité des parois. Deux fois la substance charnue du cœur nous parut avoir perdu sa consistance ordinaire; et six fois enfin,

il offrait une teinte rouge inaccoutumée, soit dans l'épaisseur, soit à sa surface interne.

Que si nous comparons, sous le point de vue qui nous occupe dans ce moment, nos observations avec celles de MM. Bouillaud et Louis, nous trouverons un désaccord entre leurs résultats et les nôtres. Car, tandis que les cas où nous avons rencontré le cœur exempt de toute altération appréciable sont beaucoup plus nombreux que ceux où le cœur ne paraissait plus être dans son état normal, c'est à la proportion contraire que sont arrivés les deux observateurs que nous venons de nommer. Ainsi, dans quarante-neuf autopsies, M. Bouillaud n'a rencontré que douze fois le cœur à l'état normal. Dans cinquante-quatre autopsies, M. Louis n'a constaté que vingt-sept fois ce même état normal. Du reste, les altérations qu'ils ont trouvées dans le cœur sont de même nature que celles mentionnées dans nos propres observations. Ainsi, le cœur s'est montré plus pâle que de coutume, trois fois à M. Bouillaud, et cinq fois à M. Louis. Il s'est montré plus rouge dans son tissu charnu ou à sa surface interne, onze fois à M. Bouillaud, et trois fois à M. Louis. Enfin, le premier de ces observateurs l'a rencontré sept fois diminué de consistance, et le second vingt-quatre fois; mais, dans ces trente-un cas, ce fut très-rarement un ramollissement considérable qu'on observa; ce n'était le plus souvent qu'un état de flaccidité, ou bien une résistance moindre que de coutume aux efforts que l'on faisait pour déchirer la substance du cœur.

Nous verrons plus bas jusqu'à quel point nous pourrons expliquer la différence des résultats que nous venons de signaler. Disons toutefois par avance que nous avons pu faire moins d'attention que M. Louis aux modifications de consistance du cœur, et qu'il est possible qu'elles nous aient échappé plusieurs fois; mais il n'en est pas de même de la rougeur, de

celle du cœur comme de celle des vaisseaux, et nous sommes bien sûr que, toutes les fois que nous ne l'avons pas notée, c'est qu'elle n'existait pas.

En définitive, sur deux cent une ouvertures de cadavres d'individus morts de fièvres continues, nous en trouvons cent vingt-quatre dans lesquelles il y a *état normal* du cœur, et soixante-quinze dans lesquelles il y a *état anormal* de cet organe.

Poursuivons maintenant notre examen de l'appareil circulatoire chez les individus morts de fièvres continues, en étudiant chez eux l'état des vaisseaux.

Dans les soixante-cinq observations consignées dans ce volume, nous n'avons trouvé l'aorte colorée en rouge à sa surface intestinale que six fois, et les veines à peu près dans la même proportion.

Sur les trente-trois autres cas recueillis également par nous, il y en a eu sept dans lesquels nous avons rencontré cette rougeur.

Nos observations ne nous ont d'ailleurs montré dans les vaisseaux aucune autre altération que cette rougeur, si ce n'est la dernière, où nous avons trouvé quelques veines remplies de pus.

Sur les quarante-neuf autopsies de fièvres continues relatées dans l'ouvrage de M. Bouillaud, il n'y en a que huit dans lesquelles cet auteur ait constaté de la rougeur à la surface interne des vaisseaux.

Dans les quatre observations que cite M. Bouillaud, et qu'il emprunte, l'une à M. Ribes, l'autre à M. Dugès, et les deux dernières à Hogdson, il est question d'individus qui présentèrent, à la suite de lésions extérieures ou d'accouchement, les symptômes de la fièvre adynamique, et chez lesquels on trouva, après la mort, plusieurs veines ulcérées à leur surface

interne, couvertes de pseudo-membranes, ou pleines de pus.

Sur les cinquante-quatre cas observés par M. Louis, il y en a vingt où l'aorte était rouge.

Ainsi, sur deux cent un individus morts de fièvres continues, nous en trouvons cent cinquante-cinq chez lesquels il y a état normal des vaisseaux, et quarante-six chez lesquels il y a état anormal de ces mêmes vaisseaux.

Mais cet état anormal existe-t-il pendant la vie? A-t-il eu sa part dans la production des symptômes? Ne s'est-il produit qu'après la mort? A-t-il été pris pour une maladie, lorsqu'il n'était qu'une lésion cadavérique?

Avant d'agiter ces questions importantes, remarquons que, soit chez les individus que nous avons nous-même observés, soit chez ceux dont MM. Louis ou Bouillaud nous ont rapporté l'histoire, les symptômes n'ont en rien différé des symptômes qu'ont présentés les sujets dont le cœur et les vaisseaux étaient à l'état normal. M. Louis a remarqué comme nous cette identité de symptômes. M. Bouillaud a cru devoir rapporter à une angéio-cardite (prouvée seulement par la coloration rouge de la surface interne du cœur et des vaisseaux) les symptômes de la fièvre dite inflammatoire; mais, d'une part, nous avons cité quelques exemples où ces symptômes ont été semblables à ceux que M. Bouillaud donne comme appartenant à la fièvre inflammatoire, et où il n'y avait aucune rougeur, ni dans le cœur, ni dans les vaisseaux. D'une autre part, M. Bouillaud dit lui-même avoir retrouvé cette même rougeur dans la fièvre dite putride ou adynamique. Il l'a aussi rencontrée chez un certain nombre d'individus morts au dernier degré de la phthisie pulmonaire, et qui étaient consumés par la fièvre hectique. Cette rougeur n'appartiendrait donc plus exclusivement, d'après les propres recherches de M. Bouillaud, à la fièvre inflammatoire. Elle se rencontrerait

dans toute fièvre; elle en serait la cause, ou au moins le caractère anatomique. Mais qui ne sait que la rougeur du cœur, comme celle des vaisseaux, manque chez un très-grand nombre d'individus morts avec une forme quelconque de fièvre?

Mais, de plus, cette rougeur ne s'observe pas seulement dans les cas de fièvres dites essentielles. Un très-grand nombre de fois nous en avons constaté l'existence chez les individus morts des maladies les plus différentes. Voici, à cet égard, ce que nous trouvons dans nos notes.

1°. État du cœur et des vaisseaux chez des individus morts d'une maladie quelconque, pendant qu'ils avaient la fièvre.

	Sur 27 cas de péritonites aiguës, rougeur du cœur et de l'aorte,		5 fois.
	Sur 5 cas de péritonites puerpérales,	*id.*	3
	Sur 10 cas de pneumonies aiguës,	*id.*	1
	Sur 61 cas de phthisies pulmonaires avec fièvre hectique,	*id.*	9
Total.	Sur 83 cas de maladies fébriles,	*id.*	18

2°. État du cœur et des vaisseaux chez des individus morts sans fièvre.

	Sur 31 cas de lésions organiques du cœur, rougeur du cœur et de l'aorte,		11 fois.
	Sur 9 cas d'apoplexies,	*id.*	2
	Sur 5 cas de péritonites chroniques,	*id.*	1
	Sur 13 cas de gastrites chroniques,	*id.*	3
	Sur 2 cas d'affections cancéreuses du foie, rougeur du cœur et de l'aorte,		1
	Sur 4 cas d'ascite avec atrophie du foie,	*id.*	1
	Sur 6 cas d'hydropisies enkystées de l'ovaire,	*id.*	2
	Sur 5 cas de tétanos,	*id.*	2
Total.	Sur 75 cas de maladies non fébriles,	*id.*	13

En comparant le relevé du n° 1 avec celui du n° 2, on voit que la fièvre semble être si peu ou l'effet ou la cause des rougeurs du cœur et des vaisseaux, que ces rougeurs se trouvent être plus fréquentes dans le second tableau relatif à des individus qui sont morts sans fièvre.

Du reste, si dans tous ces cas divers, soit dans ceux de fièvres continues, soit dans les autres, on examine comparativement la rougeur de la surface interne du cœur et des vaisseaux, on la trouve toujours la même; c'est toujours une coloration uniforme, semblable à une teinture, et qui s'éloigne tout-à-fait des nombreuses nuances de rougeur inflammatoire qu'on observe partout ailleurs. C'est une coloration analogue par son aspect à la teinte jaune que présente après la mort, soit la surface interne de la vésicule biliaire, soit la portion d'intestin en contact avec cette vésicule. Jamais, en pareil cas, les vaisseaux ne nous ont présenté ces différents degrés d'injection et autres altérations que M. Gendrin a produites, soit à leur surface interne, soit dans l'épaisseur de leurs tuniques, en irritant ces organes sur des animaux (1).

Cherchons maintenant à apprécier la nature des altérations qu'on a trouvées dans le cœur et dans les vaisseaux d'individus morts de fièvres continues, et essayons de déterminer le rôle qu'ont pu jouer dans ces maladies de semblables altérations.

Ces altérations se réduisent aux suivantes :

1° Épaississement, ulcérations de la membrane interne des veines;

2° Pus ou pseudo-membranes à l'intérieur de ces vaisseaux;

---

(1) *Histoire anatomique des Inflammations*, tome II. Voyez d'ailleurs pour la description détaillée de cette coloration notre *Précis d'anatomie pathologique*.

3° Diminution de consistance du cœur;

4° Décoloration de la substance charnue du cœur;

5° Rougeur de la surface interne du cœur;

6° Rougeur de la surface interne des artères;

7° Rougeur de la surface interne des veines.

L'épaississement, les ulcérations des veines, les pseudo-membranes déposées à leur surface interne, annoncent que ces vaisseaux ont été le siége d'un travail d'irritation; dans ce travail a pu être le point de départ de la maladie, ou du moins il a pu avoir sa part dans la production d'un certain nombre de symptômes. C'est ce qui a eu lieu dans l'observation que l'on doit à M. Ribes : à la suite d'un phlegmon gangréneux d'une des mains, une phlébite se déclare, puis surviennent des symptômes ataxo-adynamiques au milieu desquels l'individu succombe (délire, face livide, météorisme, fuliginosités de la langue et des dents, etc.). A l'ouverture du cadavre, on trouve les veines du membre malade remplies de pus, leurs parois épaissies, et leur surface interne ulcérée. M. Breschet, plus récemment M. Dance et M. Legallois, ont également cité des cas de phlébites qui paraissaient être le point de départ d'une fièvre dite adynamique. On peut encore en rapprocher le cas qui est relaté dans notre LXe observation. Mais nous ne craignons pas d'affirmer que, sur cent cadavres d'individus morts de fièvre grave, on en trouve à peine un où les veines présenteront quelqu'une des altérations dont il vient d'être question.

Quant aux cas où l'on ne trouve dans les veines autre chose que du pus mêlé au sang, ce n'est pas là une preuve qu'il y ait eu maladie de ces vaisseaux; car il peut avoir été absorbé par eux. Mais sa présence dans le sang peut être considérée comme produisant un véritable empoisonnement, d'où pour-

ront résulter les symptômes de la fièvre adynamique, putride, typhoïde, etc. (1).

Voilà donc des cas où les altérations trouvées dans les vaisseaux ont été produites pendant la vie, et ont joué un rôle manifeste dans les symptômes.

Recherchons s'il en sera de même des autres altérations.

Si souvent notée par M. Louis, la diminution de consistance du cœur a-t-elle eu quelque part à la production de la maladie? Nous ne le pensons pas, car nous l'avons retrouvée dans bien d'autres cas où les individus morts des maladies les plus différentes, soit aiguës, soit chroniques, n'avaient présenté aucun symptôme de fièvre grave. Nous ne pensons pas non plus qu'on puisse attribuer cette diminution de consistance à un état inflammatoire du cœur. Nous croyons que le ramollissement du tissu du cœur est bien souvent un état qui ne s'est produit qu'après la mort. Presque toutes les fois, en effet, que nous avons ouvert des cadavres d'individus chez lesquels il y avait déjà des signes manifestes d'une putréfaction un peu avancée, nous avons trouvé le tissu du cœur d'une mollesse remarquable; il était tellement friable, qu'une légère traction en opérait la déchirure, ou qu'on y enfonçait le doigt avec la plus grande facilité. Mais il est des cadavres sur lesquels la putréfaction commence beaucoup plus vite que sur d'autres; dans ceux-là, on pourra trouver le cœur très-mou, bien que l'autopsie n'ait été faite qu'assez peu de temps après la mort. Ce ramollissement cadavérique est ordinairement accompagné d'une rougeur livide ou violacée du tissu du cœur. Dans les

---

(1) Ce point de doctrine a été particulièrement élucidé dans ces derniers temps par les travaux de MM. Ribes, Gaspard, Breschet, Bouillaud, Blandin, Velpeau, Gendrin, Dance, Legallois.

cas où l'on peut croire que la diminution de consistance a eu lieu pendant la vie, sa cause nous échappe, et, loin de la regarder comme une lésion qui a pu être le point de départ des symptômes, nous serions plutôt porté à admettre que ce ramollissement est un des produits de cette même disposition qui, à propos de toute lésion, crée, chez certains sujets, l'état dit adynamique, ou qui, continuant encore son influence après que la vie a cessé, liquéfie prématurément le sang. Ce sont là des points à éclaircir par de nouvelles recherches (1). Seulement, nous ferons remarquer ici qu'il est des sujets sur le cadavre desquels on trouve à la fois une singulière diminution de consistance de plusieurs organes : le cœur, les poumons, le foie, la rate, les reins présentent tous une remarquable friabilité; ils n'offrent d'ailleurs aucune autre lésion, et ce n'est pas plus à la suite de telle maladie que de telle autre qu'on trouve un semblable état. Nous avons cité un exemple bien remarquable de ce ramollissement général dans les réflexions qui suivent notre observation LXIII.

La décoloration de la substance charnue du cœur, observée chez quelques individus morts de fièvre grave, n'est pas non plus particulière à ce genre de maladie, et, dans l'état actuel de la science, on ne peut lui faire jouer aucun rôle dans la production de quelques-uns des symptômes des fièvres.

Nous avons déjà vu que la rougeur de la surface interne du cœur et des vaisseaux peut se rencontrer dans une proportion à peu près égale, à la suite de toutes les maladies indistinctement. Voyons cependant quelle peut être son influence dans les fièvres; pour cela, étudions sa nature, et recherchons les causes de son développement.

---

(1) Relisez spécialement, sous ce point de vue, notre observ. LXIII.

Le tableau suivant, dressé d'après les observations de MM. Louis et Bouillaud, et plusieurs des nôtres, va nous montrer d'abord une coïncidence bien remarquable entre la fréquence de la rougeur du cœur et des vaisseaux dans les différents mois de l'année, et l'élévation de la température de ces mois.

NOMBRE DE FOIS OU LA ROUGEUR A ÉTÉ RENCONTRÉE.		NOMBRE DE FOIS OU LA ROUGEUR N'A PAS ÉTÉ RENCONTRÉE.	
Janvier.	3 fois.	Janvier.	10 fois.
Février.	1	Février.	8
Mars.	4	Mars.	2
Avril.	3	Avril.	3
Mai.	2	Mai.	3
Juin..	6	Juin.	8
Juillet.	9	Juillet.	3
Août.	14	Août..	4
Septembre.	6	Septembre.	2
Octobre.	3	Octobre.	4
Novembre.	2	Novembre.	8
Décembre.	4	Décembre.	13

En étudiant ce tableau, on trouvera que, pendant les quatre mois où la température est la plus basse (novembre, décembre, janvier et février), la rougeur des vaisseaux a été observée moins souvent que dans les huit autres mois; que, pendant les quatre mois où la température est moyenne (octobre, mars, avril, mai), cette rougeur s'est rencontrée plus fréquemment que dans les mois d'hiver, mais beaucoup moins souvent que dans les quatre mois de l'année où la température est la plus élevée (juin, juillet, août, septembre), et encore dans ces quatre derniers mois la rougeur des vaisseaux ne se présente-t-elle pas, pour chacun d'eux, avec une égale fréquence. Les mois de juin et de septembre nous offrent chacun moins de cas de rougeur que les mois de juillet et d'août, et enfin c'est dans celui-ci, qui est en général le mois le plus

chaud de l'année, que se trouve le maximum de fréquence des rougeurs vasculaires.

Que si maintenant nous faisons le même travail pour les maladies autres que les fièvres, nous arriverons encore à un résultat semblable, et toujours nous trouverons que les mois les plus chauds de l'année sont ceux où l'on observe le plus souvent sur les cadavres des rougeurs à la surface interne du cœur ou des vaisseaux, de telle sorte que la loi suivante peut être établie :

Quelle que soit la maladie qui ait causé la mort, la fréquence des rougeurs vasculaires est proportionnelle à l'élévation de la température.

Cette loi entraîne avec elle la conséquence, que la température joue au moins un grand rôle dans la production de la teinte rouge du cœur ou des vaisseaux.

Cependant la seule élévation de la température ne saurait rendre compte de tous les cas où l'on observe cette teinte rouge, puisque, d'une part, elle se présente dans des cas où les cadavres ont été soumis à une température très-basse, et que, d'autre part, elle manque chez des sujets dont l'autopsie a été faite pendant les mois les plus chauds. La solution du problème qui nous occupe demande donc que nous y fassions encore entrer de nouveaux éléments.

Un de ces éléments les plus importants est sans doute le temps qui s'est écoulé depuis l'instant de la mort jusqu'à celui où se fait l'ouverture du cadavre.

Sur cent quatre-vingt douze sujets morts de fièvres continues ou d'autres maladies, chez lesquels a été noté par nous ou par d'autres le nombre d'heures au bout desquelles l'autopsie a été faite, nous avons trouvé que la rougeur ou la pâleur de la surface interne du cœur ou des vaisseaux était distribuée de la manière suivante :

TEMPS ÉCOULÉ DEPUIS LA MORT.	CAS DE ROUGEUR.	CAS DE PALEUR.
10 heures.	2.	0
11.	0.	1
12.	0.	1
13.	0.	1
14.	0.	2
15.	1.	3
16.	0.	4
17.	0.	5
18.	1.	4
19.	1.	7
20.	1.	6
21.	1.	12
22.	1.	11
23.	3.	8
24.	6.	10
25.	2.	5
26.	2.	6
27.	2.	2
28.	6.	1
29.	3.	0
30.	9.	2
31.	7.	0
32.	0.	0
33.	1.	1
34.	6.	2
35.	3.	0
36.	7.	2
37.	4.	0
38.	3.	0
39.	1.	0
40.	6.	0
41.	0.	0
42.	3.	0
43.	4.	1
45.	1.	0
46.	0.	0
47.	0.	0
48.	5.	0
53.	2.	0
60.	5.	0

De ce tableau ressortent les résultats suivants :

On trouve :	CAS DE ROUGEUR.	CAS DE PALEUR.
Dans les premières 24 heures après la mort.	17	74.
De 24 h. exclusiv. à 30 h. inclusivement...	24	16.
De 30 h. exclusiv. à 40 h. inclusivement...	38	5.
De 40 h. exclusiv. à 60 h. inclusivement...	20	1.

Ces résultats nous conduisent à poser la loi suivante :

La fréquence des cas où l'on rencontre de la rougeur à la surface interne du cœur ou des vaisseaux est proportionnelle à la durée du temps écoulé depuis l'instant de la mort jusqu'à celui où a lieu l'ouverture du corps (1).

Combinant cette loi avec les précédentes, nous arrivons à établir que, quels qu'aient été et la maladie et le genre de mort, les rougeurs vasculaires se rencontrent d'autant plus fréquemment sur les cadavres, qu'on en pratique l'ouverture sous l'influence d'une température plus élevée, et au bout d'un temps plus long après la mort.

Toutefois, ces deux conditions, qui n'agissent qu'en favorisant le développement de la putréfaction, sont-elles les seules qui produisent la coloration rouge du cœur et des vaisseaux? Non, sans doute; car, d'une part, nous trouvons cette coloration sur deux cadavres ouverts seulement dix heures après la mort pendant les mois de mars et de décembre; nous la retrouvons

(1) Par cette loi nous pouvons nous rendre parfaitement raison du très-petit nombre de fois où, dans les soixante-cinq observations de ce recueil, nous avons constaté de la rougeur à la surface interne du cœur ou des vaisseaux. Appréciant toute l'importance de pratiquer les autopsies à l'époque la moins éloignée possible de celle où la mort a eu lieu, nous ouvrions très-rarement les cadavres après vingt-quatre heures de mort, et bien souvent l'autopsie avait lieu avant ce nombre d'heures.

sur un autre cadavre ouvert quinze heures après la mort pendant l'hiver. D'une autre part, nous voyons cette même coloration rouge manquer sur un cadavre ouvert quarante-trois heures après la mort pendant le mois de juin, et sur deux autres ouverts au bout de trente-six heures de décès, à la vérité pendant les mois de novembre et de janvier.

Comment nous rendrons-nous compte de ces cas? Dirons-nous que la rougeur, cadavérique dans les uns, ne l'est plus dans les autres, et qu'alors il faut la considérer comme ayant existé pendant la vie, et étant de nature inflammatoire? Nous ne saurions admettre une pareille distinction; mais nous croyons que, suivant la nature de la maladie à laquelle ont succombé les individus, suivant leur genre de mort, la putréfaction peut commencer à des époques très-variables, et qu'il est tel cas où les phénomènes qui la révèlent pourront se manifester très-peu d'heures après la mort. Notre observation LXIII en est un exemple frappant. Un de ces phénomènes est la séparation spontanée des éléments du sang, le retour de ce sang à l'état liquide, et l'imbibition des parties solides avec lesquelles ce sang liquéfié se trouve en contact.

Ainsi donc, pendant l'hiver et à une époque très-peu éloignée de celle où la mort a eu lieu, il peut arriver qu'on trouve les vaisseaux colorés, soit qu'en même temps le sang qu'ils contiennent soit ou non devenu liquide. Ce n'est encore là qu'un phénomène cadavérique, mais dû aux conditions spéciales dans lesquelles la nature de la maladie a livré le sujet aux lois physiques, dans le moment où la vie chez lui s'est éteinte.

Quant aux cas très-peu nombreux dans lesquels, malgré le long espace de temps écoulé depuis la mort, les vaisseaux ont été trouvés blancs, il faut admettre, pour s'en rendre compte, une disposition inverse de la précédente, en vertu de laquelle

la putréfaction, loin d'être avancée, se trouve au contraire retardée.

Du reste, le phénomène cadavérique de la coloration vasculaire n'est pas le seul qui dépende ainsi en partie des circonstances, soit physiques, soit organiques, au milieu desquelles la vie s'est éteinte. Combien, par exemple, n'observe-t-on pas de variétés, suivant les individus, dans la coloration des intestins par la bile, dans la présence d'épanchements séreux ou sanguinolents au sein de diverses cavités, etc. (1)!

De tout ce qui vient d'être dit, nous tirerons les corollaires suivants :

1° La teinte rouge que présente parfois la surface interne du cœur et des vaisseaux chez les individus qui ont été atteints de fièvres continues, ne joue aucun rôle dans la production de quelques-unes de ces fièvres; elle ne concourt même à la production d'aucun de leurs symptômes ;

2° Cette teinte rouge se trouve indifféremment à la suite de toutes les maladies, après celles qui ont été accompagnées de fièvre, comme après celles qui ont été sans fièvre;

3° Elle doit être considérée comme un phénomène cadavérique, dont la production plus ou moins rapide dépend de certaines conditions, qui toutes peuvent se résoudre en une seule, savoir : la tendance plus ou moins rapide du cadavre à la putréfaction.

Le sang, contenu dans le cœur et dans les vaisseaux des individus morts de fièvres continues graves, a particulièrement fixé l'attention dans ces derniers temps. On a dit qu'à la suite

---

(1) Par ces différents faits pourra se trouver confirmée la loi établie par M. Dutrochet, en vertu de laquelle l'*exosmose* tend à remplacer l'*endosmose*, toutes les fois qu'un liquide contenu dans une cavité commence à se putréfier.

de ces maladies on le trouvait le plus ordinairement altéré; tantôt, a-t-on dit, les caillots qu'il présente sont remarquables par leur extrême mollesse; tantôt ces caillots mêmes n'existent pas; la fibrine ne se montre plus que sous la forme de petits fragments sans cohésion qui nagent épars au milieu d'une sérosité rougeâtre; tantôt enfin ces fragments fibrineux disparaissent eux-mêmes, et le sang ne présente plus partout qu'une masse complétement liquide, soit d'un noir foncé, soit d'une teinte rose claire, et ressemblant, dans ce dernier cas, à de l'eau qu'on aurait étendue d'une petite quantité d'une matière colorante rouge (1).

Nous avons effectivement rencontré ces différents aspects du sang sur plusieurs cadavres d'individus morts avec les symptômes des fièvres graves (obs. VIII, XI, XV, XVII, XXX, XXXI, XXXII, XXXV, XL, XLIV, LXIII). Chez le sujet de l'obs. XVII, le cœur contenait des caillots semblables à ceux qu'on trouve le plus ordinairement sur les cadavres; mais le liquide contenu dans l'aorte ne ressemblait plus à du sang : c'était une matière couleur lie de vin, comme sanieuse en quelques endroits, assez semblable au liquide mal élaboré de certains abcès froids.

Mais, chez beaucoup d'autres sujets, qui, pendant la vie, avaient présenté cependant des symptômes semblables aux précédents, nous n'avons trouvé rien de semblable : le sang, examiné soit dans le cœur, soit dans les vaisseaux, avait l'aspect qu'il offre sur la plupart des cadavres; il était constitué par un caillot plus ou moins consistant, dépouillé ou non de matière colorante.

Que si maintenant nous recherchons quels sont les différents

---

(1) Voyez, sur les différentes altérations du sang, notre *Précis d'Anatomie pathologique*.

aspects que présente le sang sur les cadavres d'individus morts d'autres maladies que de fièvres graves, nous trouverons aussi que dans ces maladies, quelle qu'ait été leur nature, le cœur et les vaisseaux contiennent parfois un sang liquide, dissous, etc., comme le sang de quelques fièvres graves, et nous croyons que si le nombre des cas où le sang a présenté cet aspect paraît être plus considérable dans les fièvres graves que dans les autres maladies, c'est que dans les fièvres l'attention a été plus particulièrement fixée sur ce point.

Pour nous, nous dirons que depuis que nous nous sommes appliqué à examiner le sang sur tous les cadavres, nous l'avons rencontré bien des fois à l'état liquide dans toute espèce de maladie, et, pour ne parler que des observations citées dans ce volume, nous rappellerons que tel était l'état du sang chez l'individu affecté de tétanos, qui fait le sujet de l'observation XLII.

Ainsi donc, dans les fièvres continues, les cas dans lesquels on trouve le sang altéré d'une manière appréciable ne sont pas plus nombreux que ceux où le sang présente ce qui est pour nous son état normal; les cas de fièvres où ce liquide paraît altéré ne diffèrent en rien par les symptômes des cas où il ne semble pas l'être; et enfin de semblables altérations du sang s'observent à la suite d'autres maladies qui ne ressemblent en rien aux fièvres graves.

Parmi les cas où l'on trouve le sang liquide dans les vaisseaux, il en est un certain nombre dans lesquels cette liquidité coïncide avec différents signes de putréfaction. Alors, on trouve en même temps les parois du cœur ramollies, et une teinte rouge en colore la surface interne, ainsi que celle des vaisseaux; cette liquidité du sang se rencontre aussi plus fréquemment, lorsqu'on ouvre les cadavres pendant une température élevée et long-temps après la mort. Cependant, il est d'autres cas où

il n'en est pas ainsi; alors, il faut bien admettre que des causes inhérentes au sujet lui-même ont empêché le sang de se coaguler sur le cadavre, ou, après qu'il s'est coagulé, ont hâté son retour à l'état liquide. Il nous est quelquefois arrivé de trouver blanche la surface interne des vaisseaux, malgré l'état liquide du sang qui était en contact avec elle. Mais il nous paraît vraisemblable que dans les cas de ce genre, le vaisseau eût été trouvé coloré, si l'ouverture du cadavre eût été faite plus tard.

Si, relativement à l'état du sang des individus morts de fièvres continues, nous rapprochons nos observations de celles de quelques autres auteurs, nous trouverons qu'ils ont obtenu des résultats semblables aux nôtres. Ainsi, dans les observations sur la fièvre entéro-mésentérique publiées par MM. Petit et Serres, il n'est pas question de la liquidité du sang, bien que, dans toutes ces observations, l'état du cœur soit noté avec soin. M. Trousseau n'a pas non plus signalé cette liquidité dans les observations de dothinentérite qu'il a publiées. M. Bouillaud, qui admet d'une manière générale que dans les fièvres graves on trouve le sang liquide et dissous, n'a cependant rencontré cet état du sang que dans trois cas, sur quinze cas de fièvres putrides qui sont consignés dans son ouvrage. Parmi le cinquante-quatre observations de M. Louis, il n'y en a que trois où il soit question de la liquidité du sang, et l'exactitude bien connue de ce médecin nous donne la garantie que s'il eût rencontré plus souvent cet état liquide du sang, il n'eût pas manqué de le noter.

Nous croyons donc pouvoir établir que, dans l'état actuel de la science, le rôle qu'on attribue au sang dans la production d'un certain nombre de fièvres graves, peut être beaucoup plus prouvé, soit par la nature des influences extérieures qui ont agi sur les individus, soit quelquefois par la nature des

symptômes eux-mêmes, que par l'existence des altérations que l'anatomie a pu découvrir dans le sang. Ne compromettons pas de nouveau la cause de l'humorisme en demandant aux faits qui sont de son domaine plus qu'ils ne peuvent encore donner (1).

La rate, dont nous parlerons ici comme d'une dépendance probable de l'appareil circulatoire, est une des parties dont l'altération nous a paru être la plus fréquente chez les individus morts à la suite de fièvres continues. Dans la très-grande majorité des cas, nous l'avons trouvée à la fois notablement augmentée de volume, et singulièrement ramollie. En la pressant légèrement sous un filet d'eau, on en faisait sortir en très-grande quantité une matière semblable à de la lie de vin, et, en réduisant ainsi la rate à son parenchyme qui n'était pas altéré, on lui redonnait son volume accoutumé. Son accroissement de dimensions dépendait donc uniquement de ce que la matière contenue dans ses cellules y était en plus grande quantité que de coutume; comme son ramollissement tenait à la diminution de consistance de cette même matière.

Dans un seul cas, la rate, aussi molle que dans les cas précédents, avait en même temps un petit volume (obs. XLI).

Dans un autre cas, la rate était à la fois très-petite et très-dense (obs. XXXI).

Quelquefois enfin nous avons trouvé la rate avec les conditions de volume et de consistance qui constituent pour nous son état normal (*voyez* surtout les obs. XXV, XXVII, XLVIII).

Ainsi les altérations fort remarquables dont la rate est le

---

(1) N'oublions pas toutefois que les expérimentateurs, qui ont injecté des substances putrides dans les veines des animaux, disent avoir rencontré le sang liquide.

siége dans les fièvres continues sont à peu près aussi fréquentes que le sont dans ces maladies les altérations intestinales; mais elles ne sont pas plus constantes que ces dernières, quelle que soit leur fréquence extrême.

La lésion la plus ordinaire que présente la rate dans les fièvres continues, c'est-à-dire l'augmentation de son volume avec ramollissement de son tissu, n'est pas liée à l'existence de la dothinenthérite. Nous l'avons effectivement rencontrée sans qu'il y eût dans l'intestin aucune trace d'affection des follicules, mais seulement un érythème intestinal (obs. XLIV). Dans un autre cas de ce genre, elle était encore molle, mais petite (obs. XLI).

Nous avons également observé l'augmentation de volume de la rate, avec ramollissement de son tissu, dans beaucoup d'autres cas où le tube digestif était parfaitement sain, et où les symptômes typhoïdes avaient leur point de départ ailleurs. Presque toutes les observations consignées dans l'article III du chapitre I, déposent en faveur de cette assertion.

D'un autre côté, les observations XXV et XXVII nous ont montré la rate à son état normal, bien que l'intestin grêle fût ulcéré, et que la membrane muqueuse de l'estomac fût rouge dans un cas, brune dans l'autre.

Le ramollissement de la rate avec augmentation de son volume n'est pas non plus lié à certains états du sang. Quel que fût l'aspect de celui-ci, nous avons rencontré la même lésion dans la rate.

Cette lésion se forme d'ailleurs dès les premiers temps de la maladie : ainsi M. Louis a trouvé la rate molle et volumineuse chez deux sujets dont l'un était mort le huitième jour de la maladie, et l'autre le dixième. Nous avons aussi constaté l'existence de cette lésion chez un individu mort le onzième jour (obs. III). D'une autre part, nous l'avons également re-

trouvée chez des individus morts à toutes les périodes de la maladie, et jusqu'au quarante-sixième jour (obs. XV). Il paraîtrait résulter des recherches de M. Louis que l'on trouverait plus souvent la rate volumineuse et molle chez des sujets qui succombent avant le trentième jour que chez ceux qui meurent après cette époque.

Du reste ce n'est pas seulement chez les individus qui meurent de fièvres graves, avec ou sans altération des voies digestives, qu'on trouve la rate beaucoup plus molle que ne semble le comporter son état normal. Nous avons retrouvé cette même mollesse portée au dernier degré sur des cadavres d'individus morts des maladies les plus différentes, avec fièvre ou sans fièvre, et chez lesquels d'ailleurs aucun symptômes particulier n'avait révélé le ramollissement de la rate (1). Mais ce qui nous semble bien démontré, c'est que, dans aucune maladie aussi souvent que dans les fièvres continues, on ne trouve

---

(1) Nous avons trouvé ce ramollissement de la rate porté à un haut degré chez un scorbutique dont nous avons ouvert le cadavre à la Pitié, il y a environ un an. Nous transcrirons ici les détails de cette ouverture.

Le cerveau était généralement mou, de la sérosité distendait les ventricules, et la voûte à trois piliers était réduite en une bouillie blanchâtre vers sa partie moyenne.

Une énorme quantité de sérosité spumeuse et incolore engorgeait les poumons.

Le cœur avait son volume et sa consistance ordinaire. Il contenait dans ses cavités des caillots fibrineux denses. Cependant, le sang liquide, qui entourait ces caillots, offrait, comme suspendus au milieu de lui, une foule de petits grumeaux noirs que nous comparâmes à de petits fragments de suie. Un sang liquide et d'un noir foncé remplissait l'aorte.

Le tube digestif ne présentait à noter qu'un développement assez considérable des follicules de Brunner.

La rate avait au moins deux fois son volume ordinaire; à l'extérieur, elle

cet organe ramolli; dans aucune surtout on ne le trouve aussi fréquemment augmenté de volume.

Dans l'état actuel de la science, nous ne pourrions faire d'ailleurs que de pures conjectures sur la cause qui, dans les fièvres continues, diminue ainsi la consistance normale de la rate en même temps qu'elle en augmente le volume. Nous ne pouvons pas dire davantage quelle est la nature de cette lésion. Nous rappellerons seulement que le docteur Bailly en a également constaté l'existence chez des individus morts pendant l'accès de fièvres intermittentes pernicieuses, quels qu'eussent été les symptômes prédominants de cette fièvre. Nous ferons enfin remarquer qu'une lésion aussi fréquente ne saurait être perdue de vue, toutes les fois qu'on cherchera à remonter aux causes et à la nature des fièvres.

Le médecin que nous venons de citer a publié plusieurs cas relatifs à des fièvres intermittentes pernicieuses, où le ramollissement de la rate avait été porté à un point tel que cet organe s'était déchiré. Nous avons observé une seule fois cette

---

était molle et comme fluctuante. A peine l'eut-on incisée, qu'on vit s'en écouler une sorte de lie rougeâtre; par une légère pression nous la vidâmes complètement; puis en la plaçant sous un filet d'eau, nous la réduisîmes à son parenchyme fibreux, qui était intact.

Le foie ne nous offrit rien autre chose qu'un développement remarquable des circonvolutions de sa substance blanche.

De nombreux épanchements de sang existaient dans l'épaisseur des muscles des membres, et pénétraient jusqu'aux os. En plusieurs points le périoste était séparé de la substance osseuse par ce même sang épanché. Les os eux-mêmes en étaient comme imprégnés, et leur tissu se brisait avec une remarquable facilité.

L'individu qui fait le sujet de cette observation avait eu toute la peau couverte de pétéchies et d'ecchymoses; vers la fin de sa vie, il avait été pris d'une oppression considérable, par les progrès de laquelle il succomba.

rupture spontanée de la rate chez un individu atteint d'une entérite folliculeuse avec symptômes typhoïdes. Cet homme, âgé de vingt-cinq ans, mourut à la Pitié après neuf à dix jours de maladie : on remarqua que peu d'heures avant de mourir il était tombé dans un affaissement subit; la veille, au milieu de son délire, il était tombé de son lit sur le carreau.

Nous trouvâmes plusieurs livres d'un sang noir liquide épanché dans le péritoine : nous cherchâmes sur-le-champ si quelques gros vaisseaux ne s'étaient pas rompus; nous ne découvrîmes d'altération dans aucun; mais la rate présentait sur sa face externe deux déchirures oblongues, à travers lesquelles le sang contenu dans cet organe nous parut s'en être échappé pour aller remplir le péritoine. Cette rate, très-volumineuse, se réduisait en une véritable bouillie noire par la pression la plus légère. Nous comptâmes dans l'intestin quarante plaques elleptiques qui faisaient toutes saillie au dessus du niveau de la membrane muqueuse; une seule commençait à s'ulcérer. Entre elles, la muqueuse pâle était parsemée d'un grand nombre de cryptes solitaires très-développés. Ces mêmes cryptes existaient dans le gros intestin. La membrane muqueuse de l'estomac offrait un pointillé rouge vif dans toute l'étendue de son grand cul-de-sac; partout où elle était rouge, elle était ramollie.

§ II. LÉSIONS DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE OBSERVÉES PENDANT LA VIE.

Les désordres fonctionnels de l'appareil circulatoire généralement compris sous le terme générique de fièvre, seront mieux étudiés et mieux connus, si, comme déjà nous l'avons fait ailleurs pour le mot *inflammation* (1), nous envisageons

(1) *Précis d'Anatomie pathlogique.*

isolément chacun des phénomènes qui concourent avec d'autres à la production de l'état complexe et indéterminé qu'on appelle *fièvre*.

Les battements du cœur ne nous ont présenté autre chose chez nos malades que divers degrés de fréquence et de force, toujours en rapport avec les degrés de fréquence et de force du pouls.

Les battements artériels nous présentent à étudier : 1° leur énergie; 2° leur fréquence; 3° leur régularité.

Rien n'a été plus variable chez nos malades que la force du pouls. Quelquefois, dès les premiers temps de l'affection, il était petit, misérable, très-facilement dépressible. D'autres fois il conservait jusqu'à la mort une grande résistance, et il donnait au doigt qui le pressait une sensation de plénitude. Nous avons vu chez quelques-uns de nos malades, la vie cesser, lorsque les battements de l'artère avaient encore une grande énergie. Chez beaucoup d'individus, le pouls n'était ni plus fort ni plus faible que dans l'état habituel de santé. En général assez fort et assez plein au commencement de la maladie, il devenait de plus en plus débile et dépressible, à mesure que les symptômes adynamiques se prononçaient. Toutefois, dans un assez grand nombre de cas, l'énergie des battements artériels contrastait d'une manière remarquable avec l'état de prostration dans lequel semblaient tombés les malades. Chez plusieurs, le pouls, très-faible à certaines époques de la journee, se relevait et acquérait beaucoup de force, particulièrement vers le soir.

La fréquence du pouls s'est trouvée augmentée dans la très-grande majorité des cas; elle était généralement plus considérable le soir. Lorsque cette fréquence est telle qu'il n'y a pas plus de quatre-vingt-quinze à cent vingt pulsations par minute, ce signe, isolément considéré, doit engager à porter

un pronostic favorable. Ce pronostic devient, au contraire, très-grave, si les battements artériels s'élèvent à plus de cent quarante par minute, et si surtout leur fréquence n'a pas diminué ou a augmenté à la suite de plusieurs émissions sanguines.

Chez le plus grand nombre de nos malades, le pouls n'acquit de fréquence qu'un temps plus ou moins long après que leur santé eut commencé à se déranger; tantôt l'accélération de la circulation était précédée d'un simple malaise général, sans désordre fonctionnel local bien appréciable; tantôt, et ce cas était plus commun que le précédent, il y avait divers symptômes du côté des voies digestives, et spécialement de la diarrhée.

Chez d'autres malades, l'accélération de la circulation, accompagnée de l'élévation de température de la peau, précédait tout autre phénomène morbide, et bien vainement alors, en n'interrogeant que les symptômes, aurait-on cherché, dans la souffrance de quelque organe, la cause de ce désordre de la circulation : ce mouvement fébrile persistait ainsi, isolé de tout autre désordre apparent, pendant vingt-quatre à cinquante heures; puis des désordres locaux survenaient, et presque toujours ils avaient lieu vers les voies digestives.

Chez d'autres, l'accélération de la circulation, avec accroissement de la chaleur de la peau, et sans autre désordre local apparent, persistait beaucoup plus long-temps, et, après avoir duré plusieurs jours, la fièvre cessait sans que nous eussions pu saisir dans l'économie d'autre lésion que cette fièvre elle-même. Toutefois nous n'oublierons pas que, dans quelques cas de ce genre qui se terminèrent par la mort, nous trouvâmes, dans l'intestin, des traces d'une affection aiguë des follicules. En fut-il ainsi dans ces cas nombreux de fièvres légères, sans désordre local appréciable, et qui se terminèrent par

le retour à la santé, soit spontanément et par le seul fait d'une médecine purement expectante, soit à la suite d'un ébranlement imprimé à l'économie ou par des vomitifs ou par des saignées? Nous ne voudrions certainement pas l'affirmer; et, dans ce cas, jusqu'à plus ample informé, n'est-il pas tout-à-fait conforme au véritable esprit scientifique de donner une dénomination tirée des symptômes à une maladie dont le point de départ organique ne peut être souvent que soupçonné ou admis par une analogie qui n'est rien moins que rigoureuse, puisqu'il est indubitable que les fièvres dites essentielles peuvent avoir leur siége ailleurs que dans le tube digestif?

Enfin, chez plusieurs malades, nous avons vu tous les symptômes locaux disparaître, et cependant le mouvement fébrile persister encore pendant un certain nombre de jours. Toute lésion locale a-t-elle alors disparu, ou persiste-t-elle encore, mais ne se trahit-elle plus que par le trouble de la circulation? Nous admettrions plus volontiers cette seconde hypothèse; et, pour lui donner quelque poids, nous rappellerions ces cas de pneumonie qui, eux aussi, à une certaine période de leur existence, ne s'annoncent plus que par de la fièvre, tous les symptômes locaux ayant complétement disparu. Dans ces cas, avant qu'on ne sût percuter et ausculter la poitrine, on eût dit aussi que la fièvre survivait à la lésion pulmonaire; et cependant, alors qu'il n'y a plus ni toux, ni dipsnée, ni expectoration, ni douleur thoracique, l'auscultation démontre que le poumon est loin d'être encore revenu à son état normal.

Il faut bien distinguer le cas dont nous venons de parler de celui où, après la disparition de tous les symptômes, l'on n'observe plus rien d'anormal qu'une simple fréquence du pouls, qui se lie bien souvent à l'état de convalescence, qu'on entretient en prolongeant trop long-temps la diète, et qui disparaît à mesure que l'individu se nourrit et reprend des forces.

Au lieu de s'être accélérés, les battements du cœur et des artères se sont ralentis d'une manière fort remarquable chez quelques-uns de nos malades; ou bien, au milieu des symptômes les plus graves, ils se sont à peine éloignés de leur état normal. Nous avons surtout observé cet état naturel du pouls, ou sa rareté, dans des cas où les symptômes nerveux prédominaient. Elle nous a servi, dans plusieurs cas, à distinguer une fièvre qui avait son point de départ dans l'encéphale, d'une autre dont le point de départ était dans le tube digestif. Toutefois, même dans ce dernier cas, et avec l'existence d'une dothinentérite, il peut arriver qu'on observe la rareté du pouls.

Du reste, la rareté du pouls, chez les individus atteints de fièvres graves, a été notée par beaucoup d'observateurs (1), et ils l'ont généralement regardée comme étant d'un très-fâcheux augure. Mais ce qu'ils n'ont pas dit, et ce que nous avons plusieurs fois observé, c'est que certains individus, dont le pouls avait été fréquent pendant tout le cours de leur maladie, viennent à présenter une remarquable rareté du pouls à l'époque de leur convalescence. Un individu, entre autres, avait eu tous les symptômes de la fièvre dite adynamique. Au moment où il pouvait être regardé comme en pleine convalescence, le pouls, qui avait peu à peu perdu sa fréquence morbide, devint tout-à-coup d'une grande lenteur : pendant six jours il ne battit que trente-six à trente-huit fois par minute; il s'éleva ensuite à quarante, puis à cinquante pulsations; et lorsque l'individu quitta l'hôpital dans un très-bon état de santé, son pouls était revenu à battre soixante-dix à

---

(1) Sarcone (*Histoire de l'épidémie de Naples*) parle de plusiers malades dont le pouls présentait à peine quarante pulsations par minute.

soixante-douze fois par minute, ce qui était en rapport avec son âge et sa constitution.

Nous n'avons que très-rarement observé l'irrégularité du pouls; dans les cas où elle avait lieu, nous n'avons pas vu que ce caractère du pouls exerçât quelque influence sur les autres symptômes, sur la marche de la maladie, sur sa gravité et sur sa terminaison. Dans un des cas où nous avons trouvé le pouls irrégulier, il y avait une grande quantité de vers dans le tube digestif. Un malade nous présenta une singulière anomalie: son pouls, irrégulier tant que l'affection fut légère, devint régulier à mesure que des symptômes graves se développèrent. Chez un autre, le pouls, après avoir présenté la plus grande régularité pendant tout le cours de la malade, devint irrégulier pendant la convalescence. Toutes les fois, du reste, que chez des individus atteints de fièvres continues nous avons trouvé le pouls irrégulier, nous avons été portés à soupçonner que cette irrégularité dépendait moins de la maladie actuelle que d'une lésion organique du cœur, et, en recherchant celle-ci, nous en avons souvent en pareil cas constaté l'existence.

Les modifications que le pouls éprouve dans sa fréquence entraînent presque toujours une modification dans la température de la peau.

Le plus souvent, dans les fièvres continues, l'augmentation de fréquence du pouls est accompagnée d'une augmentation de chaleur de la peau; mais on n'observe pas toujours un rapport rigoureux entre l'accélération de la circulation et l'élévation de la température. La chaleur peut être très-forte dans des cas où la fréquence du pouls n'est que médiocre; cette chaleur peut être au contraire à peine prononcée, dans d'autres cas où le pouls a acquis une extrême fréquence.

Plus souvent que dans aucune autre maladie, la chaleur un

peu forte de la peau coïncide, dans les fièvres graves, avec une aridité toute particulière de cette enveloppe. C'est surtout dans ces affections, qu'on observe à la peau cette chaleur *âcre,* comme mordicante, dans laquelle parfois l'enveloppe cutanée ne peut être touchée quelques secondes de suite sans qu'on éprouve une sensation pénible, et même une véritable douleur.

Chez la plupart des malades, l'élévation de température de la peau s'est montrée plus considérable vers le soir.

Chez quelques-uns, ce qui nous frappait surtout, c'était une grande inégalité dans la distribution de la chaleur.

Chez d'autres, une même partie présentait en quelques heures les plus rapides alternatives d'un froid presque glacial et de la température la plus élevée.

L'élévation de température de la peau ne suit pas nécessairement toute irritation intestinale, quelque grave que soit celle-ci; nous avons cité des cas de dothinentérites ayant eu une marche très-aiguë, et parvenues à la période d'ulcération lorsque la mort survenait, et dans lesquels cependant la température de la peau se conserva toujours à l'état normal. Nous en avons vu, entre autres, un exemple frappant chez la jeune fille qui fait le sujet de l'obs. XXIII. Chez elle, les intestins furent trouvés fortement ulcérés, et cependant ce ne fut que quarante-huit heures seulement avant la mort qu'elle présenta quelque chaleur à la peau. Chez cette malade il y avait surtout prédominance des symptômes nerveux; pendant la vie, tout semblait indiquer que le point de départ de l'affection avait été dans l'encéphale, ou plutôt dans ses enveloppes; cependant ce ne fut que dans les intestins qu'on trouva quelque lésion. De ce fait, nous tirerons la conséquence que l'absence de la chaleur de la peau, chez un individu qui présente les symptômes de la fièvre dite ataxique, n'est pas, ainsi qu'on l'a

dit, une raison suffisante pour affirmer que la maladie n'a pas eu son siége primitif dans les voies digestives.

Bien que, dans la plupart des cas, la chaleur de la peau disparaisse un certain nombre d'heures avant la mort, nous avons trouvé dans nos observations quelques individus chez lesquels la vie cessa à une époque où la température de la peau s'était maintenue très-élevée; nous en avons vu d'autres chez lesquels ce ne fut que dans les derniers jours de l'existence que la peau offrit quelque chaleur.

L'abaissement de température de la peau peut se montrer sous différentes formes et à diverses périodes de la maladie.

D'abord, chez plusieurs individus, le début de la maladie est marqué par cette sensation de refroidissement qui constitue le frisson. Au bout de quelques instants ou de quelques heures, la chaleur le remplace, et il ne se montre plus. Mais bien souvent ce frisson initial manque complétement.

Soit que la maladie ait commencé par ce frisson, soit qu'il ne survienne qu'après quelques jours de malaise général, de céphalalgie, d'anorexie et même de diarrhée, soit enfin que la fièvre s'établisse, sans qu'aucun frisson en ait signalé l'invasion, il arrive, dans un certain nombre de cas, que, pendant le cours de la maladie, le frisson se manifeste d'une manière périodique, le plus ordinairement vers le soir, tantôt tous les jours, tantôt tous les deux jours seulement. Ce frisson est suivi d'une forte chaleur; et à celle-ci succède assez souvent, mais pas toujours, une sueur plus ou moins abondante. Ces accès peuvent ainsi se renouveler un certain nombre de fois, puis ils cessent, et la fièvre ne se montre plus que simplement continue. Nous avons vu ces accès disparaître à la suite de l'emploi des moyens les plus divers, tantôt des émissions sanguines, tantôt du quinquina, tantôt des vomitifs; nous les avons vus

d'autres fois disparaître spontanément, après que les malades avaient séjourné quelques jours à l'hôpital.

Chez la plupart de nos malades, nous n'avons vu aucun symptôme grave accompagner le retour de ces accès; chez d'autres, ils ressemblaient à de véritables accès de fièvre pernicieuse. Dans un de ces cas, le retour de ces accès parut être prévenu par l'administration du quinquina en lavement; dans un autre cas, ce moyen ne fut pas employé, et la mort eut lieu après le troisième accès.

On observe, chez les individus atteints de fièvres graves, d'autres formes de refroidissement qui ne ressemblent plus au frisson d'un accès de fièvre. On voit alors, soit dans sa totalité, soit dans quelques points de son étendue, la peau perdre tout-à-coup sa chaleur, et présenter un froid cadavérique, qui tantôt persiste jusqu'à la mort, et tantôt est suivi du rétablissement de la chaleur (1).

Nous avons vu quelques malades chez lesquels la fièvre continue avait été précédée par des accès de fièvre intermittente. Nous en avons vu d'autres chez lesquels une fièvre intermittente survint pendant la convalescence d'une fièvre continue.

L'un de ces malades était une bonne d'enfants, âgée de seize

---

(1) Le refroidissement cadavérique de la peau n'est pas constamment un signe infaillible de la mort. Nous avons eu récemment occasion d'observer un individu, atteint d'une affection chronique de l'estomac, chez lequel, deux mois au moins avant la mort, la peau présenta trois ou quatre fois un refroidissement tel qu'il semblait que l'on touchait un cadavre. En même temps le pouls se perdait, la respiration devenait presque insensible; le malade semblait agonisant. Cet état durait une vingtaine d'heures, puis la peau se réchauffait, la circulation se rétablissait, et l'individu était rendu à son état habituel.

ans. Lorsqu'elle entra à la Charité, elle était atteinte d'une fièvre continue légère, qui céda à quelques jours de diète et de repos. Convalescente depuis peu de temps, elle ne reprenait pas ses forces; sa face était d'une grande pâleur; elle ressentait, par intervalles, des frissons passagers, suivis de chaleur, et jamais de sueur. Tantôt ces espèces d'accès ne se manifestaient que tous les quatre ou cinq jours, tantôt ils revenaient plusieurs fois dans le même jour. La malade resta dans cet état pendant trois semaines. Au bout de ce temps, elle eut six accès réguliers de fièvre tierce; le retour du septième fut empêché par l'administration du quinquina. La malade ne tarda pas à sortir très-bien portante.

L'autre malade, convalescent d'une fièvre inflammatoire, se disposait à quitter l'hôpital, lorsque, sans cause connue, il fut pris d'une fièvre tierce bien caractérisée. Elle fut coupée par le quinquina, après le sixième accès.

Un troisième malade était également atteint d'une fièvre continue lorsqu'il entra à la Charité. Au bout de dix jours environ, le pouls n'étant plus que médiocrement fréquent, un violent frisson, suivi de chaleur et de sueur, eut lieu dans l'après-midi. Trois accès semblables reparurent les jours suivants sous le type tierce. Dans l'intervalle des accès, l'apyrexie était complète. Cette fièvre intermittente cessa spontanément au bout du quatrième accès (1).

---

(1) Depuis que ces lignes ont été imprimées dans nos éditions précédentes, nous avons observé quelques individus parvenus à une période déjà avancée d'une fièvre typhoïde ou entérite folliculeuse, chez lesquels le mouvement fébrile continu était interrompu par de véritables accès accompagnés des symptômes les plus graves. Ces accès revenaient sous le type tierce ou quotidien. Nous les avons enlevés à l'aide du sulfate de quinquina, que nous n'avons pas hésité à donner par la bouche, et nous n'avons pas eu lieu de nous en repentir.

Nous avons déjà vu l'aspect que présentait le sang après la mort, soit dans le cœur, soit dans les vaisseaux. Résumons maintement ce que nous ont appris nos observations, relativement aux qualités que nous a présentées ce même sang tiré de la veine pendant la vie.

Sur un grand nombre de saignées où l'état du sang se trouve décrit, nous n'en trouvons que douze dans lesquelles le sang ait présenté une couenne, rarement épaisse et dense, le plus souvent mince et molle (obs. IX, XIX, XXX, XLIII, LVIII, LXXXVII, C, CXII, CXVIII, CXXI, CXXIII, CXXVII, CXXX). Parmi les malades qui font le sujet de ces observations, deux (obs. CXVIII et CXXI) ayant eu deux fois la veine ouverte, présentèrent un sang dépourvu de couenne à la première saignée, et un sang couenneux à la seconde. Chez l'un de ces malades, celui de l'observation CXVIII, rien ne put expliquer cette différence de l'aspect du sang des deux saignées. Chez l'autre (obs. CXXI), la seconde saignée fut faite pour combattre une pneumonie survenue pendant la convalescence; mais, toutes les fois qu'il y eut complication de pneumonie, il n'y eut pas pour cela production d'une couenne. Ainsi, l'individu qui fait le sujet de la première observation fut saigné trois fois; la troisième saignée, pratiquée pendant l'existence d'une pneumonie, ne fut pas plus couenneuse que les deux autres.

Chez beaucoup de malades, le caillot fut remarquable par sa grande mollesse et par son défaut complet de rétraction.

Chez quelques autres, le sang tiré de la veine offrit un aspect qui indiquait une altération plus prononcée de ce liquide. Ainsi, chez le sujet de l'obs. XVII, le sang ressemblait à de la gelée de groseille; et c'est dans ce même cas qu'après la mort, l'aorte fut trouvée remplie par un sang tout particulier, sanieux, etc., que nous avons décrit plus haut. Le sang n'était pas moins altéré chez un des sujets atteints de variole, dont

nous avons cité l'observation : au-dessous d'une couenne fort épaisse, on ne trouvait plus de trace de caillot, mais seulement une sorte de lie, constituée par la fusion intime des différents éléments du sang. L'existence de la couenne inflammatoire avec un pareil état de dissolution du sang nous paraît dans ce cas fort remarquable. Chez le sujet de l'obs. CXVIII, dont la deuxième saignée fut couenneuse, la première présenta un caillot sans cohésion, dont les fragments nageaient épars dans le sérum, où ils tendaient à se dissoudre. Enfin, chez la femme qui fait le sujet de l'obs. XXII, le sang était très-séreux et très-peu chargé de matière colorante.

Voilà tout ce que nous a offert de particulier le sang tiré de la veine des individus atteints de fièvres continues légères ou graves. Observé pendant la vie, ce sang ne présente donc pas plus d'altération constante que le sang de ces mêmes malades observé après la mort. Les trois seuls cas dans lesquels nous ayons vu le sang réellement altéré n'ont offert, dans les symptômes, rien autre chose que ce qui avait lieu dans les autres cas; mais, de plus, nous avons retrouvé des altérations semblables dans le sang d'individus atteints de toute autre maladie que de fièvres dites essentielles.

Du reste, depuis que les observations que contient ce volume ont été recueillies, nous avons eu bien souvent occasion de soumettre à un examen attentif le sang tiré de la veine d'individus atteints de toutes les variétés de fièvres dites essentielles. Tout ce que nous y avons constaté, c'est la rareté de la couenne et la mollesse assez grande du caillot. Quant à cette couenne elle-même, les causes qui, sur dix cas de fièvres continues, la produisent une fois et la font manquer neuf autres fois, ne nous paraissent pas pouvoir être saisies, si ce n'est lorsqu'il survient une complication de pneumonie, de pleurésie ou de rhumatisme.

M. Louis n'a trouvé non plus rien de particulier dans le sang tiré de la veine des individus atteints de fièvres typhoïdes; comme nous, il n'a trouvé la couenne que dans un assez petit nombre de cas : treize fois sur quarante cas de saignée.

D'après ces faits, qui sont assez nombreux pour qu'on puisse leur accorder quelque valeur, nous n'accepterons qu'avec réserve d'autres faits, recueillis à diverses époques, d'où il résulterait que rien n'est plus commun que de trouver le sang altéré chez les individus que l'on saigne pendant le cours d'une fièvre grave. Nous répéterons ici ce que nous avons déjà établi comme conséquence de ces recherches sur le sang examiné après la mort : c'est que, si, dans ces maladies, il existe une altération du sang, elle n'est point le plus souvent appréciable par nos sens (1).

APPAREIL DE LA CIRCULATION LYMPHATIQUE.

Des diverses parties qui composent cet appareil, une seule nous a paru très-fréquemment lésée : ce sont les ganglions mésentériques. Toutes les fois que nous avons trouvé l'intestin exanthémateux ou ulcéré, ces ganglions se sont montrés à nous gravement altérés. Ils étaient beaucoup plus volumineux que de coutume; leur tissu était rouge ou brunâtre, il se dé-

---

(1) A une époque où l'on parlait beaucoup des altérations qu'éprouve le sang dans les fièvres graves, Milmann, dans ses excellentes *Recherches sur le scorbut et sur les fièvres putrides*, s'exprime ainsi : « La saignée ayant été pratiquée dans beaucoup de fièvres malignes et dans la peste, on a trouvé que le sang *variait dans ces maladies autant que dans les autres*, étant quelquefois coagulé, et d'autres fois peu disposé à l'être; et *je ne crois pas*, ajoute-t-il, *que personne puisse, de bonne foi, assigner la raison de ces différences.*

chirait sous le doigt avec la plus grande facilité, et quelquefois de petits foyers de pus étaient disséminés à l'intérieur d'un ou de plusieurs ganglions.

Les ganglions mésentériques qui nous parurent le plus constamment et le plus gravement affectés, furent ceux qui correspondaient aux portions d'intestin qui étaient le plus malades, c'est-à-dire à la fin de l'intestin grêle ou au cœcum. Il y avait toujours un rapport direct entre l'intensité de la lésion intestinale et celle de la lésion des glandes.

Chez quelques individus, qui succombèrent lorsque déjà l'affection intestinale marchait vers la guérison ou était guérie, il restait encore quelques traces de l'affection des ganglions mésentériques ; ils avaient encore un excès de volume, et leur couleur violacée indiquait dans ces corps un reste de travail phlegmasique à son déclin.

D'après ces faits, nous croyons pouvoir établir que, dans les fièvres, l'affection des ganglions mésentériques est consécutive à l'affection intestinale, et qu'elle est un produit de celle-ci (1). Il y a un rapprochement à faire entre l'engorgement que subissent alors les glandes du mésentère, et celui qu'éprouvent les ganglions lymphatiques de l'aisselle ou de l'aine lorsqu'un virus, une matière irritante quelconque, sont déposés dans le tissu des parties dont les vaisseaux lymphatiques aboutissent à ces glandes. On a dit qu'à l'instar des ganglions de l'aisselle ou de l'aine, les ganglions du mésentère ne devenaient malades que par suite de l'absorption des matières irritantes, produites à la surface de la membrane muqueuse ulcérée. On a ajouté que le mélange de ces ma-

(1) A cette conséquence sont arrivés MM. Petit et Serres, et tous ceux qui, depuis ces médecins, se sont occupés du même sujet.

tières avec la lymphe et le sang pouvait être considéré comme la cause de plusieurs des symptômes qui caractérisent les fièvres graves. Tout cela est possible ; mais remarquez que, pour que les ganglions axillaires ou inguinaux s'engorgent, il n'est pas besoin que l'absorption d'une matière irritante ait eu lieu ; il suffit qu'un point quelconque de la peau ou du tissu cellulaire, d'où naissent les lymphatiques qui se rendent à ces ganglions, ait été piqué, irrité d'une manière quelconque. Il peut en être de même pour les ganglions mésentériques. Mais pourquoi l'inflammation de ceux-ci suit-elle constamment l'irritation intestinale? Pourquoi l'inflammation des ganglions de l'aisselle ou de l'aine suit-elle beaucoup moins souvent l'irritation portée sur le point d'origine des lymphatiques qui se terminent à ces ganglions?

APPAREIL RESPIRATOIRE.

§ Ier. LÉSIONS DE CET APPAREIL OBSERVÉES APRÈS LA MORT.

Les bronches ne nous ont présenté rien de remarquable. Nous n'y avons trouvé autre chose qu'une rougeur plus ou moins vive, semblable à celle qu'on y rencontre dans une foule d'autres cas. Chez plusieurs sujets, elles contenaient une assez grande quantité de mucosités, tantôt incolores, tantôt rougeâtres.

Si les bronches ne nous ont pas offert d'altération digne de remarque, il n'en a pas été de même du parenchyme même du poumon. Nous n'avons trouvé ce parenchyme à l'état sain que chez le plus petit nombre des sujets. Chez eux, il présentait tout au plus ce léger engouement qu'on rencontre sur presque tous les cadavres. Mais, dans bien des cas, cet engoue-

ment était beaucoup plus considérable; en incisant le poumon, ou en le pressant entre les doigts, on voyait en ruisseler en très-grande quantité un liquide plus ou moins spumeux, quelquefois incolore, mais le plus souvent rougeâtre. Cet engouement était tellement considérable, qu'on ne pouvait pas le regarder comme un simple effet cadavérique; c'était très-probablement un premier degré de phlegmasie pulmonaire.

Chez d'autres, à la place de cet engouement, soit séreux, soit séro-sanguinolent, il existait une hépatisation plus ou moins étendue du parenchyme pulmonaire. Cette hépatisation était rouge dans la plupart des cas, et, dans quelques-uns, elle était grise ou mêlée à un commencement d'infiltration purulente (obs. I, V, XIV, XIX, XXII, XXVIII, XXXI, XXXVII, XXXVIII, XLV, LII). Dans l'observation LII, l'inflammation pulmonaire était la seule lésion qui existât; c'était elle qui avait été le point de départ des accidents typhoïdes.

Une fois nous avons observé une gangrène du poumon (obs. XIX): c'était chez l'un des individus dont le poumon était hépatisé; mais l'hépatisation existait dans le lobe inférieur, et la gangrène au centre du lobe supérieur. Cette gangrène ne nous parut être, d'ailleurs, qu'une complication purement accidentelle de la maladie.

Deux fois de petits foyers de pus étaient disséminés dans le parenchyme pulmonaire; mais c'étaient là des cas tout spéciaux, et ces abcès paraissaient s'être formés consécutivement à la présence du pus dans le torrent circulatoire. Dans l'un de ces cas, il y avait eu une phlébite, et dans l'autre cas, la maladie principale était une variole confluente (obs. LXI, LVII).

Dans trois cas (obs. X, XXXVI, XL), le poumon contenait des tubercules.

Dans un autre cas, enfin, des masses cancéreuses étaient disséminées dans le poumon, et des vaisseaux lymphatiques, pleins d'une matière semblable à du cancer ramolli, rampaient à la périphérie du poumon, et plongeaient dans son intérieur (obs. LXII).

De ces lésions diverses, aucune n'appartient en propre au genre de maladies qui nous occupent. La suivante, au contraire, bien qu'ayant été observée dans plusieurs autres maladies, nous a semblé se rencontrer plus spécialement dans les fièvres graves. Dans cette lésion, le parenchyme pulmonaire, devenu imperméable à l'air, comme dans le cas d'hépatisation, offre un tissu brun ou d'un rouge livide, qui s'écrase sous le doigt comme une sorte de pulpe. Dans cet état, le poumon ressemble beaucoup à certaines rates remarquables par leur grande mollesse. On pourra se faire une idée de cette lésion du poumon, et voir dans quelles conditions de maladie elle est survenue, en consultant particulièrement les obs. VI, XII, XVII, XXI, XXVII, XXX.

Deux fois seulement (obs. XXXI, XXXVII), nous avons trouvé, dans les plèvres, des concrétions albumineuses membraniformes, traces d'une pleurésie récente.

Chez quelques individus (*voyez* surtout les obs. XV, XVI, XXIII), la cavité des plèvres était remplie par un liquide, rouge, semblable à du sang qu'on viendrait de tirer d'une veine. Dans un de ces cas, il y en avait au moins une pinte dans chaque plèvre; dans un autre cas, le péricarde en contenait également.

M. Louis a aussi plusieurs fois rencontré de pareils épanchements chez individus morts de la maladie qu'il a appelée typhoïde. Dans les cas qu'il rapporte, pas plus que dans les nôtres, les plèvres n'offraient rien autre chose de morbide que l'épanchement lui-même.

Ces épanchements sanguinolents nous paraissent d'autant plus dignes d'être notés, qu'on les a retrouvés souvent sur les cadavres d'animaux chez lesquels on avait produit les symptômes de la fièvre adynamique, en injectant des matières putrides dans leurs veines.

On peut juger, d'ailleurs, d'après ce résumé, combien a été grande la quantité des malades qui ont succombé avec une affection du côté des voies respiratoires. Presque toujours cette affection a coïncidé avec celle d'autres parties, et spécialement du tube digestif. Quelquefois cependant, chez des individus morts avec les symptômes de la fièvre dite adynamique, nous n'avons trouvé d'autre lésion qu'une pneumonie; et, dans ce cas, il nous a semblé que le point de départ de la fièvre devait être placé dans la lésion pulmonaire. Nous avons tellement insisté sur ce point dans les réflexions qui suivent nos observations particulières, que nous n'y reviendrons point ici. Enfin, quelquefois (obs. XXXVII) l'affection pulmonaire s'est déclarée pendant la convalescence, et a causé la mort.

§ I. LÉSIONS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE OBSERVÉES PENDANT LA VIE.

Les désordres fonctionnels de cet appareil, dans les fièvres continues, ne répondent pas, par leur gravité apparente, à l'intensité et à la fréquence des désordres que l'anatomie y découvre après la mort. Ici, plus que dans aucune autre maladie, les altérations les plus profondes du parenchyme pulmonaire naissent et se développent d'une manière complétement latente; et souvent la désorganisation du poumon est consommée avant qu'on ait pu même soupçonner qu'il fût lésé. Cela est d'autant plus remarquable, que c'est ici d'une manière aiguë que se développe l'affection pulmonaire. Quoi

qu'il en soit, passons en revue les différents cas qui se sont présentés à notre observation.

Au début de la maladie, on remarque souvent qu'en même temps que se développent les symptômes de l'irritation intestinale, apparaissent aussi d'autres symptômes qui dénotent l'existence d'une hypérémie active de la membrane muqueuse des voies aériennes. Par ses symptômes, le siége de la maladie paraît être dans la membrane muqueuse gastro-pulmonaire; souvent même les signes d'irritation de la membrane muqueuse bronchique sont les moins équivoques. Les malades toussent; ils expectorent une mucosité transparente, dans laquelle on observe parfois quelques stries de sang; ils accusent une sensation pénible à l'intérieur de la poitrine; plusieurs disent éprouver comme une brûlure ou un déchirement dans toute l'étendue du sternum. D'autres se plaignent de douleurs qui se promènent sur divers points des parois thoraciques, ou qui se fixent en un point de ces parois; quelques-uns ont même plus ou moins de peine à respirer, et ils ont manifestement de l'oppression.

Si, avec un pareil ensemble de symptômes, on percute la poitrine, on ne trouve le plus souvent aucune modification dans la sonoréité des parois. Si l'on pratique l'auscultation, tantôt on ne découvre rien d'insolite, partout le bruit respiratoire est pur comme dans l'état normal; tantôt il est plus intense, et, comme nous l'avons établi dans un autre volume, il y a alors à craindre qu'un certain nombre de lobules pulmonaires ne soient devenus imperméables à l'air. Tantôt, enfin, on entend des râles divers, qui annoncent, ou la présence d'une certaine quantité de mucosités dans les bronches, ou un léger engorgement de la membrane muqueuse de ses conduits. Ces râles sont ceux qu'on entend dans la plupart des bronchites; ils sont siffleurs ou ronfleurs, d'autres fois muqueux ou sous-

crépitants; ils peuvent ne s'entendre qu'en un petit nombre de points, ou dans toute la poitrine: dans ce dernier cas, ils peuvent coïncider avec une dyspnée plus ou moins considérable, et alors les signes de la bronchite deviennent tellement prédominants, que l'on peut se méprendre sur la véritable valeur de la maladie; on peut croire que celle-ci ne consiste qu'en un simple catarrhe pulmonaire, tandis que l'affection des bronches n'est qu'un des éléments d'une maladie beaucoup plus générale.

Ces symptômes de bronchite n'existent souvent que dans les premiers jours de la maladie; on les voit disparaître, soit spontanément, soit à la suite d'une émission sanguine, et quelquefois d'un vomitif, et la maladie semble alors se concentrer de plus en plus dans le tube digestif. D'autres fois, ces symptômes persistent, sans s'aggraver, pendant tout le cours de la maladie. D'autres fois, enfin, ils s'aggravent; l'irritation de la membrane muqueuse pulmonaire se complique d'une inflammation du parenchyme, et tous les signes d'une pneumonie apparaissent.

Mais ce n'est point ainsi que débute le plus ordinairement la pneumonie qui vient compliquer les fièvres continues. Souvent elle survient seulement à une époque beaucoup plus éloignée de leur début, et chez des individus qui jusqu'alors n'avaient présenté, soit par les signes rationnels, soit par l'auscultation, aucune trace de lésion pulmonaire grave.

Alors deux cas peuvent se présenter: dans l'un de ces cas, la pneumonie s'annonce par ses symptômes caractéristiques; dans l'autre cas, elle reste latente, et l'auscultation ou la percussion peuvent seules en révéler l'existence.

Lorsque le premier cas a lieu, les malades, après avoir ou non éprouvé du frisson, sont pris de toux, de points de côté, de crachats souillés, etc.; ils présentent dans chacun de ces

symptômes, les nombreuses variétés que nous avons signalées dans un autre volume de la *Clinique* (partie *des maladies de poitrine*).

Le second cas peut se présenter à une époque où les malades sont loin d'être encore tombés dans l'adynamie ; mais, le plus ordinairement, la pneumonie ne reste complètement latente que lorsqu'elle atteint un individu déjà profondément adynamisé, ou chez lequel existent divers symptômes nerveux plus ou moins graves. C'est surtout en pareil cas qu'au lieu, soit du simple engouement, soit de l'hépatisation rouge ou grise ordinaire, on trouve le ramollissement brun ou livide dont nous avons parlé plus haut.

Combien de fois, en pareil cas, n'avons-nous pas trouvé une grande partie du parenchyme pulmonaire devenue imperméable à l'air chez des sujets qui, pendant leur vie, n'avaient présenté aucune gêne appréciable dans leur respiration, qui n'avaient pas toussé, et dont les crachats avaient été nuls ou simplement muqueux ! Il est donc bien important de percuter et d'ausculter souvent les individus atteints de fièvres graves, quelque exempts qu'ils paraissent être de toute maladie de l'appareil respiratoire.

Sans s'être manifestée par aucun de ses symptômes locaux ordinaires, la pneumonie des fièvres graves peut produire des symptômes généraux fort remarquables. Ainsi, en même temps que l'auscultation avertit de son invasion, on observe un accroissement considérable de la prostration ; tout-à-coup le pouls devient beaucoup plus fréquent et souvent misérable, bien que d'autres fois il prenne de la dureté ; les traits de la face s'altèrent, et souvent les pommettes viennent à présenter une couleur rouge plaquée qui ressort sur la teinte d'un pâle livide du reste de la face.

Les pneumonies qui surviennent pendant la convalescence

sont le plus ordinairement annoncées par des symptômes qui ne permettent pas de les méconnaître ; nous ne nous y arrêterons donc pas. Mais nous appellerons un instant l'attention sur un autre cas que nous ont offert quelques-unes de nos observations. Plusieurs convalescents se plaignent d'une toux qui semble d'abord sans importance ; cependant cette toux persiste : la fièvre, qui avait complétement disparu, reparaît sous une autre forme ; chaque soir il y a accélération du pouls et chaleur à la peau, et bientôt, chaque matin, des sueurs terminent cet accès de fièvre. Les forces, qui d'abord avaient paru se rétablir, diminuent de plus en plus, et, au bout d'un temps plus ou moins long, on ne peut plus douter de l'existence d'une phthisie pulmonaire. En remontant aux antécédents, on trouve que, chez les uns, il y avait eu, avant leur dernière maladie, divers accidents qui pouvaient faire craindre chez eux le développement de tubercules. Mais, chez d'autres, rien de semblable n'avait existé, et c'est pour la première fois, pendant le cours de leur convalescence, qu'ils offrent quelques symptômes de tuberculisation du poumon.

Dans tout ce que nous venons de dire, nous n'avons parlé de l'affection de l'appareil respiratoire que comme d'une complication de la lésion typhoïde ; il y a en outre une forme particulière de fièvre adynamique qui a pour point de départ une inflammation du poumon, ou du moins elle se développe à propos de celle-ci. C'est ce qu'on observe surtout chez les vieillards ; lorsque chez eux vient à sévir une pneumonie, à peine a-t-elle été annoncée par ses symptômes ordinaires, que parfois la langue se sèche et se noircit, l'intelligence se trouble ; on observe, en un mot, tous les phénomènes qui caractérisent la fièvre dite adynamique ; alors les crachats peuvent se supprimer, l'oppression peut être légère, la toux rare. Sans la percussion et l'auscultation, on méconnaît encore l'affection

pulmonaire, ou on la perd de vue, et ce n'est qu'à l'ouverture des cadavres qu'on en apprécie toute la gravité. Nulle part ailleurs on ne trouve de lésion, et il semble alors tout naturel de rapporter à la maladie du poumon les symptômes adynamiques qu'a présentés l'individu.

Tandis que, chez un grand nombre de sujets atteints de fièvres graves, aucun symptôme local ne révèle l'existence des lésions pulmonaires les plus intenses, il est d'autres sujets chez lesquels on observe un trouble très-marqué de la respiration, sans qu'on trouve, après la mort, aucun désordre dans le poumon. Cet organe restant parfaitement sain pour l'anatomiste, la respiration se montre accélérée, courte, difficile, ou singulièrement irrégulière; ainsi l'on voit des malades chez lesquels, dans un court espace de temps, les mouvements inspiratoires présentent tour-à-tour une extrême fréquence, puis une grande rareté. Ces modifications diverses de la respiration sont manifestement le résultat du trouble de l'innervation. Pourquoi le désordre des centres nerveux n'entraînerait-il pas une contraction désordonnée des muscles inspirateurs ou expirateurs, comme il détermine dans les muscles de la vie de relation les mouvements les plus insolites? Pourquoi les nerfs pneumo-gastriques eux-mêmes ne se trouveraient-ils pas compromis, et pourquoi l'influence qu'ils exercent sur l'accomplissement normal de l'hématose ne serait-elle pas pervertie?

APPAREILS DES SÉCRÉTIONS.

§ I. LÉSIONS DU TISSU CELLULAIRE.

Ce tissu ne s'est montré que rarement altéré. Les lésions en petit nombre que nous y avons rencontrées sont les suivantes:

1°. Des épanchements de sang. C'est ainsi que, dans les obs. XXIII et XXX, une notable quantité de sang infiltrait le tissu cellulaire placé entre les fibres des muscles droits de l'abdomen.

2°. Des collections de pus. Tantôt elles se formèrent pendant le cours de la maladie, et parurent avoir peu d'influence sur sa terminaison (obs. XIII, LI), tantôt l'époque de leur apparition coïncida avec celle d'un amendement général des symptômes (obs. CXXXVII). Une autre fois (obs. XXXVI), les abcès multipliés qui se manifestèrent coïncidèrent aussi d'abord avec l'établissement de la convalescence. Mais l'un de ces abcès ne se tarit pas, et il en résulta une abondante et funeste suppuration qui causa la mort.

Dans un de nos cas de varioles compliquées d'accidents typhoïdes (obs. LVII), des abcès existaient dans le tissu cellulaire du cou; ils semblaient être métastatiques, comme ceux qui chez le même sujet étaient disséminés dans le poumon.

Enfin, chez les individus qui font le sujet des observations XLVIII et XLIX l'inflammation du tissu cellulaire, terminée par suppuration simple dans un cas, par gangrène dans l'autre, apparut au commencement de la maladie, et put en être considérée comme le point de départ; du moins, à l'ouverture des cadavres, on ne trouva que ce phlegmon pour expliquer la fièvre adynamique.

3°. Des infiltrations séreuses. Elles ont été observées chez quelques convalescents; elles étaient généralement bornées au pourtour des malléoles, et se dissipaient spontanément après quelques jours de durée.

Chez une femme, dont l'histoire n'est pas consignée dans ce recueil, nous avons observé, pendant la convalescence d'une fièvre grave, une infiltration séreuse considérable de tout le membre abdominal gauche. Cette infiltration, qui s'é-

tablit rapidement, suivit l'apparition de douleurs extrêmement vives, qui avaient leur siége dans la région iliaque gauche. Ces douleurs furent combattues par des applications de sangsues ; elles durèrent une huitaine de jours, puis se dissipèrent. L'œdème du membre disparut bientôt après. On ne pourrait ici produire que des conjectures sur la cause de ces douleurs et de l'œdème qui les suivit.

§ II. LÉSIONS DES MEMBRANES SÉREUSES.

Nous avons déjà parlé des épanchements rouges, formés par du sang, qu'on trouve assez souvent dans la plèvre, dans le péricarde, dans le péritoine. Ils existent sans que le tissu d'où le sang provient présente aucune altération appréciable, et ce ne serait que par hypothèse qu'on rapporterait à un travail inflammatoire ces épanchements sanguins, qui souvent paraissent se lier beaucoup moins à une lésion même du point de l'économie où ils ont lieu, qu'à certaines conditions du sang. On produit, en effet, ces épanchements chez les animaux qui reçoivent dans leurs veines des matières putrides ; or celles-ci altèrent si bien le sang qu'elles en empêchent la coagulation après la mort ; on retrouve aussi de pareils épanchements chez les scorbutiques.

L'inflammation proprement dite des membranes séreuses est un phénomène fort rare dans les fièvres. Ainsi, dans ces maladies, la plèvre se montre beaucoup moins souvent altérée que le poumon ; et, bien qu'en contact presque immédiat avec la membrane muqueuse presque toujours si profondément altérée, le péritoine se conserve ordinairement intact, si ce n'est dans les cas où l'un des ulcères de l'intestin vient à se perforer. Il en résulte alors la production de l'une ou de l'autre des variétés de péritonite que nous avons signalées plus haut.

§ III. LÉSIONS DE L'APPAREIL BILIAIRE.

Nos observations particulières nous ont montré le foie à peu près constamment sain. Dans deux cas (obs. VI, XVI), son tissu était remarquable par son extrême densité ; mais c'était là une lésion purement accidentelle, qui n'avait très vraisemblablement aucun rapport avec la maladie à laquelle succombèrent les sujets. Une autre fois (obs. XLI), le foie nous présenta une extrême pâleur. Dans aucun cas, nous n'avons vu qu'il offrît des lésions en rapport avec celles du tube digestif.

Dans ces cas divers, l'altération principale résidait dans le tube digestif; mais nous avons cité un autre cas où les symptômes typhoïdes ne coïncidèrent avec aucune autre altération qu'avec un ramollissement rouge du foie (obs. LIII). Dans l'état morbide de cet organe parut être ici le point de départ des symptômes.

Dans les observations de M. Bouillaud sur les fièvres, nous n'avons pas vu non plus que le foie lui ait présenté rien de remarquable, si ce n'est dans un seul cas où cet organe contenait plusieurs abcès. C'était chez un individu qui, après avoir présenté pendant plusieurs jours une teinte ictérique avec douleurs vers l'hypochondre droit, diarrhée, langue rouge, anxiété profonde, alternatives de froid et de chaleur, météorisme, hoquet, délire vers la fin, etc., fut pris tout-à-coup d'une hématémèse, à la suite de laquelle il succomba.

Dans la partie de notre clinique consacrée à l'étude des maladies du foie, on trouvera un cas d'abcès de cet organe, qui ne s'annonça par d'autres symptômes que par un mouvement fébrile, sans qu'aucun organe parût être spécialement lésé.

Dans les faits rapportés par M. Louis, on ne trouve pas

d'exemple d'abcès du foie ; on ne trouve pas non plus d'exemple de lésion de cet organe, à laquelle puisse être donné le nom d'hépatite. Mais M. Louis dit avoir rencontré, chez beaucoup d'individus atteints de fièvres typhoïdes, un état tout particulier du foie, dans lequel cet organe, en même temps qu'il contient peu de sang et qu'il a une coupe sèche, est devenu d'une friabilité telle que la pression la plus légère, exercée avec le doigt, suffit pour le réduire en pulpe. M. Louis n'assigne aucun symptôme à cet état, dont il reconnaît ignorer la nature, et qu'il a d'ailleurs rencontré chez d'autres individus que chez les malades qui avaient la fièvre typhoïde, moins souvent toutefois que chez ces derniers.

Les observations consignées dans ce volume ne nous ont présenté rien de semblable ; mais il est possible qu'à l'époque où elles ont été recueillies, cette lésion nous ait échappé. Depuis que les recherches de M. Louis nous sont connues, nous avons cherché à constater l'existence du ramollissement du foie dans la fièvre typhoïde, et nous n'avons pas vu que ce ramollissement fût plus fréquent dans cette maladie que dans d'autres. Nous avons retrouvé, dans d'autres cas, un ramollissement semblable à celui dont parle M. Louis ; il existait surtout au plus haut degré chez deux femmes mortes de péritonite puerpérale avec foyers purulents dans le corps de l'utérus, mais sans trace de pus dans les veines (1).

Nous n'avons jamais rencontré d'altération dans la vésicule du fiel (2).

---

(1) En traitant des maladies du foie, dans la première édition de cet ouvrage, nous avions déjà cité quelques cas de ramollissement du foie avec décoloration de sa substance. On trouvera, d'ailleurs, la description détaillée de cette altération dans notre *Précis d'Anatomie pathologique*.

(2) J'ai trouvé récemment (en décembre 1838) la vésicule du fiel pleine de

Quant à la bile, nous l'avons vue souvent modifiée dans sa quantité, et quelquefois dans ses qualités.

Ainsi, sur un grand nombre de cadavres, nous avons trouvé le duodénum et la partie supérieure du jéjunum et de l'iléum remplis par une très-grande quantité de bile ; nous n'en avons que très-rarement découvert dans l'estomac. Au-dessous d'elle, la membrane muqueuse nous a offert trois aspects différents : tantôt elle avait une teinte jaune que la bile lui avait donnée depuis la mort ; tantôt elle était d'un rouge plus ou moins intense ; tantôt, enfin, elle était d'une parfaite blancheur.

Rien n'a été plus variable que l'état de la bile renfermée dans la vésicule ; et des différents aspects qu'elle nous a offerts, aucun ne nous a paru se présenter plus souvent dans les fièvres continues que dans toute autre maladie. C'est ainsi que souvent elle avait une teinte noire foncée, une viscosité très-grande, une consistance sirupeuse. D'autres fois, au contraire, la vésicule était remplie par un liquide clair, presque incolore, semblable à de la sérosité.

Une fois nous avons trouvé dans la vésicule et dans les canaux excréteurs un liquide qui ne ressemblait plus à la bile : c'était une matière comme sanieuse, d'une teinte gris sale, assez semblable à l'ichor que fournissent certains ulcères (obs. III).

Nous n'avons rencontré de calcul dans la vésicule qu'une seule fois (obs. VI).

Que si nous recherchons maintenant quels désordres fonctionnels le foie et ses annexes nous ont présentés pendant la

---

pus, avec ulcérations de sa membrane muqueuse, chez un individu mort à la Charité avec les symptômes ordinaires de la dothinentérie, et dont l'intestin offrait les altérations ordinaires dans cette maladie.

vie, nous en trouverons bien peu. Jamais nous n'avons constaté, vers l'hypochondre droit, de douleur que nous pussions regarder comme appartenant au foie. Les vomissements bilieux et les déjections de même nature nous ont paru se lier bien plutôt à un état morbide des voies digestives qu'à une lésion du foie. Nous avons ouvert le cadavre de quelques individus morts à une période de la maladie où existaient les divers symptômes de la fièvre dite bilieuse: le foie ne nous a présenté rien de remarquable, et il n'y avait pas non plus, dans les premières voies, une quantité extraodinaire de bile.

Chez l'individu dans le foie duquel M. Bouillaud a trouvé des abcès, la peau avait présenté une teinte ictérique; mais il ne faudrait pas conclure de ce fait qu'on trouvera le foie altéré d'une manière appréciable chez tous les sujets qui, pendans le cours d'une fièvre grave, viendront à présenter une coloration jaune de la peau. Ainsi, une des circonstances qui peuvent la produire, sans qu'on trouve, après la mort, le foie lésé, c'est la présence du pus dans le système veineux; et, dans ce cas, il semble manifeste que cette teinte jaune est due, non à la bile, mais à une altération toute spéciale que le sang a subie dans les capillaires, par suite de son mélange avec le pus.

Mais l'ictère peut encore se montrer comme un des phénomènes des fièvres graves, sans présence de pus dans le sang, et toujours sans altération du foie appréciable sur le cadavre. Un homme mourut à la Charité (septembre 1828) avec tous les symptômes de la fièvre dite adynamique. Les deux derniers jours de son existence, toute sa peau prit une teinte ictérique très-prononcée. A l'ouverture du corps, aucune lésion spéciale n'expliqua cet ictère; il n'y avait rien de remarquable dans le foie, rien non plus dans les voies d'excrétion de la

bile; dans l'intestin on trouva l'exanthème ordinaire à la période d'ulcération.

L'apparition de l'ictère, dans les fièvres graves, coïncide quelquefois avec d'abondantes hémorrhagies, soit par les fosses nasales, soit par la membrane muqueuse de l'estomac ou des intestins; et, dans ce cas encore, l'observation a démontré que ce n'est point à une altération du foie, appréciable au moins par l'anatomie, que peut être rapporté l'ictère. Ainsi, par exemple, le foie n'offrit rien de particulier, non plus que les voies d'excrétion de la bile, chez un individu dont l'histoire a été rapportée par Desmoulins (1). Cet homme, tombé malade en arrivant de la Martinique au Havre, offrit les symptômes suivants:

Le premier et le second jour, forte céphalalgie, délire, agitation extrême, qui nécessite l'emploi de la camisole; cécité par intervalles; hoquet; hémorrhagie par les fosses nasales, la bouche et l'anus; ecchymoses sur divers points de la peau; sueur teignant les linges en jaune.

Le troisième jour, ictère général; vomissements noirs; cécité complète; coma, avec convulsions des membres et de la face; carphologie.

Mort le cinquième jour.

On trouva dans le tube digestif la même matière noire et poisseuse qui avait été rendue, pendant la vie, et par les vomissements et par les selles. La membrane muqueuse gastro-intestinale était d'un rouge brun. *Il n'y avait rien de remarquable dans le foie, non plus que dans ses annexes.* La peau contenait beaucoup de sang, et elle le versait en nappe, lorsqu'on l'incisait.

---

(1) *Journal complémentaire des Sciences médicales*, tome 12.

Une autre circonstance remarquable de cette observation, et qui se lie peut-être et aux hémorrhagies des muqueuses et à l'ictère, c'est que le cadavre, ouvert encore chaud cinq ou six heures après la mort, présentait déjà un emphysème très-prononcé du tissu cellulaire sous-cutané.

Ne serait-on pas porté à admettre que, dans ces cas divers, la coloration jaune de la peau est due surtout au sang, qui, en même temps qu'il s'échappe à la surface des muqueuses, abandonne aussi ses vaisseaux à la surface de la peau, soit en quelques points, d'où résultent des ecchymoses partielles, soit partout, d'où résulte une ecchymose générale, qui donne une teinte jaune à toute l'enveloppe cutanée?

§ IV. LÉSIONS DES VOIES URINAIRES.

Les voies urinaires sont un des appareils que nous avons trouvés le plus rarement lésés. Dans deux ou trois cas, la membrane muqueuse de la vessie nous a paru assez vivement injectée. Nous l'avons trouvée blanche dans plus d'un cas, où, pendant la vie, il y avait eu rétention d'urine et distension prolongée de ce réservoir.

Dans deux cas seulement, les voies urinaires étaient le siége de lésions plus graves, qui nous parurent avoir joué un rôle important dans la production des symptômes.

Dans l'un de ces cas (obs. L), l'un des reins était très-rouge et d'une grande friabilité; du pus existait dans les voies d'excrétion de l'urine, et la muqueuse vésicale était d'un rouge intense; tous les autres organes furent trouvés sains, et il nous parut que la fièvre adynamique bien caractérisée, qui avait eu lieu, pouvait être considérée comme ayant eu son point de départ dans l'affection de l'appareil urinaire.

Dans l'autre cas (obs. LI), la prostate était le siége d'un vaste

abcès; et, ici encore, cette lésion fut la seule de quelque importance qu'on rencontra à l'ouverture du cadavre.

Examinée après la mort, l'urine que contenait la vessie ne nous a jamais rien offert de particulier. Pendant la vie, l'urine rendue par les malades n'a pas été, de notre part, observée d'une manière assez spéciale pour que nous puissions nous permettre d'infirmer ou de confirmer, par ce que nous avons vu à cet égard, ce qui a été dit par les auteurs sur les qualités de l'urine dans les diverses périodes des fièvres. Il serait important de reprendre ce travail.

§ V. LÉSIONS DES GLANDES SALIVAIRES ET DU PANCRÉAS.

Les glandes maxillaires et sublinguales ne nous ont offert quelque chose de particulier dans aucun cas. Il n'en a pas été de même des glandes parotides, et surtout du tissu cellulaire qui entoure ces glandes.

Cinq fois seulement, nous avons observé une tuméfaction notable de la région parotidienne. Dans ces cinq cas, elle eut lieu chez des individus qui avaient eu, à un haut degré, les symptômes de fièvre ataxo-adynamique. Dans aucun de ces cas, nous ne pûmes regarder comme critique l'engorgement parotidien; il ne nous parut être qu'un accident qui venait compliquer la maladie d'une manière fâcheuse, ou entraver la convalescence, lorsque la parotide se développait seulement à cette dernière époque.

Ainsi, dans l'un de ces cas, le jour même ou la parotide apparut (treizième jour de la maladie), les symptômes s'aggravèrent; elle augmenta de volume les jours suivants, et chaque jour aussi les symptômes s'exaspérèrent.

Dans l'obs. XXVI, la parotide se développa le dix-neuvième

jour, et acquit tout-à-coup un volume énorme. Le malade succomba le surlendemain.

Dans l'obs. XXV, nous ne pûmes préciser l'époque de l'apparition de la parotide; la tuméfaction fut médiocre. Après être restée stationnaire pendant trois jours, la tumeur diminua peu à peu, et disparut sans avoir exercé aucune influence sur la maladie. La terminaison fut funeste.

Dans l'obs. CXXXVII, la parotide se montra vers le vingtième jour, lorsque le malade touchait presque à la convalescence. A mesure que la parotide se développa, la fièvre se ralluma, et les symptômes adynamiques reparurent. La tumeur s'abcéda du neuvième au dixième jour, et nous vîmes de nouveau les symptômes graves disparaître à mesure que la tumeur marcha vers la résolution.

Enfin, dans l'obs. CXXXIII, ce fut aussi peu de temps avant l'établissement de la convalescence qu'une des parotides se tuméfia. On traita cet engorgement comme toute autre phlegmasie: on appliqua des sangsues sur la tumeur, on la couvrit de cataplasmes émollients; elle dura sept jours, et se termina par résolution. La convalescence ne s'établit franchement qu'après la disparition de l'engorgement parotidien. Survenu chez un sujet déjà épuisé par une maladie des plus graves, cet engorgement eût peut-être été funeste, si, au lieu de lui opposer, dès le moment de son apparition, le traitement actif de toute phlegmasie, on l'eût laissé marcher à la suppuration, dans la crainte de troubler un prétendu mouvement critique de la nature.

Du reste, lorsqu'un engorgement parotidien se termine par suppuration, il est nécessaire de donner issue de bonne heure, par une incision convenable, au pus qui s'est formé entre les granulations de la glande; car ce pus, en fusant dans les parties voisines, peut donner lieu à de graves accidents. Deux

fois nous avons vu le séjour prolongé du pus entraîner la destruction de la partie cartilagineuse du conduit auditif, et l'abcès de la parotide se vider par l'oreille.

Le pancréas, qui, par sa texture, se rapproche tant des glandes salivaires, ne se montre pas plus souvent affecté dans les fièvres que dans les autres maladies. Une fois, cependant, nous l'avons trouvé plus injecté que de coutume (obs. XXVI). Cette injection avait surtout son siége dans le tissu cellulaire interposé entre les lobules de la glande. Cette lésion légère coïncidait avec la tuméfaction de l'une des parotides.

APPAREILS DE LA VIE DE RELATION.

§ Ier. LÉSIONS DE CES APPAREILS, OBSERVÉES APRÈS LA MORT.

A. CENTRES NERVEUX.

Il est peu d'organes, chez les individus atteints de fièvres continues, qui présentent plus de désordres fonctionnels que les centres nerveux; il en est peu cependant qui, après la mort, présentent moins de lésions appréciables par l'anatomie; et s'il est, pour nous, une vérité démontrée, c'est que, dans les fièvres dites essentielles, il n'y a pas de symptôme nerveux qui ne puisse se manifester sans altération appréciable du cerveau et de ses dépendances.

A l'exception de huit individus (obs. IX, XIX, XXIX, XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XLV, LI), tous ceux dont nous avons ouvert les cadavres avaient du délire ou d'autres troubles très-marqués des fonctions nerveuses, au moment où ils succombèrent; et, chez presque tous, ces désordres de l'innervation existaient depuis assez long-temps. Voici dans quel état furent trouvés les centres nerveux ou leurs annexes.

Les sinus et les troncs veineux qui entourent la masse encéphalique n'étaient gorgés de sang que dans un fort petit nombre de cas (obs. XXXIV, XL). Chez les individus qui font le sujet de ces deux observations, les symptômes de la fièvre dite ataxique avaient prédominé.

Les méninges présentèrent, dans neuf cas, divers degrés d'injection (obs. I, III, XVI, XVII, XX, XXXIII, XLIV, LX). Cette injection coïncida deux fois avec une mort qui fut précédée d'une grande gêne dans la respiration, et elle put, dans ces deux cas, être considérée comme toute mécanique (obs. I, XVII). Le plus souvent elle n'existait qu'à un faible degré. Chez le sujet de l'obs. XVI, elle était vive, mais ne se montrait qu'en quelques points isolés. Chez tous les sujets, elle avait son siége à peu près exclusif dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères cérébraux.

Chez un des sujets dont les méninges étaient injectées (obs. III), l'arachnoïde de la convexité des hémisphères présentait une friabilité insolite.

Chez quelques individus, le tissu cellulaire sous-arachnoïdien était infiltré d'une certaine quantité de sérosité limpide; mais cette quantité ne fut jamais considérable.

Chez quelques autres, nous trouvâmes aussi un peu de sérosité, soit à l'intérieur des ventricules (jamais plus de trois à quatre cuillerées à café dans chaque, et le plus souvent à peine une de ces cuillerées), soit à la base du crâne.

Du reste, dans aucun cas, la sérosité que nous avons trouvée dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, dans les ventricules, ou à la base du crâne, n'était assez abondante pour soulever notablement l'arachnoïde, écarter les circonvolutions, distendre les ventricules, ou occuper une grande partie des fosses occipitales. Aussi peu considérables, ces épanchements séreux, quoique devant être notés, ne nous paraissent pas

pouvoir être pris en considération pour l'explication des symptômes.

Chez un seul individu, celui qui fait le sujet de l'observ. IX, le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères était rempli par une sérosité trouble, lactescente.

Chez le sujet de l'obs. XXIII, un liquide d'un rouge intense remplissait la cavité de l'arachnoïde rachidienne.

Chez les sujets des obs. IX, XXVII, XXX, XL, XLIII, XLIV, nous avons noté une injection médiocre de la substance même du cerveau; chaque tranche qu'on coupait de cet organe présentait à sa surface un nombre plus ou moins considérable de points rouges, qui constituaient les orifices béants d'autant de vaisseaux.

L'individu chez lequel nous trouvâmes l'arachnoïde rouge et friable nous offrit une teinte rose insolite de la couche grise extérieure des circonvolutions cérébrales (obs. III).

Dans beaucoup d'autres cas, l'encéphale, loin d'être injecté, nous parut, au contraire, remarquable par une grande pâleur, qui coïncidait le plus souvent avec une égale décoloration des méninges (obs. II, XIV, XV, XXXI).

La consistance du cerveau ne nous parut notablement diminuée que dans un cas (obs. III). En soulevant l'arachnoïde rouge et friable, on entraînait avec elle des fragments de la substance des circonvolutions. Le ramollissement était borné, d'ailleurs, à la couche la plus superficielle de celles-ci.

Il y avait aussi un ramollissement général du cerveau chez l'individu dont M. Gaultier de Claubry a publié l'histoire, et dont nous avons parlé dans les réflexions qui suivent notre observation LXIII. Mais, chez lui, ce ramollissement coïncidait avec une diminution de consistance de bien d'autres tissus.

Nous n'avons trouvé une augmentation notable de la con-

sistance du cerveau que dans un cas (obs. XXXIII). Cette fermeté insolite coïncidait avec une assez vive injection des méninges. La stupeur avait été, pendant la vie, le phénomène prédominant.

Toutes les fois que la nature des symptômes nous a porté à examiner le prolongement rachidien, nous n'y avons rencontré rien de remarquable.

Telles sont les altérations rares, et la plupart fort légères, qui, trouvées dans le cerveau, pouvaient être regardées comme étant de formation récente.

Dans quelques autres cas, nous avons rencontré dans le cerveau, ou autour de lui, des altérations plus graves, mais qui n'avaient aucun rapport avec la maladie à laquelle succombait l'individu; ainsi, chez un malade, il existait un ancien foyer apoplectique; chez un autre, une granulation osseuse était implantée en un point de la substance cérébrale (observation XX). Chez un troisième une pseudo-membrane, d'apparence fibreuse, était placée entre l'arachnoïde et la dure-mère, d'une part; entre l'arachnoïde et la pie-mère d'autre part (obs. XXXVI).

Nous avons parlé aussi de quelques individus chez lesquels de petits foyers purulents étaient disséminés dans la masse encéphalique, et qui avaient succombé avec des symptômes typhoïdes. Mais, chez eux, il y avait en même temps des abcès en vingt autres points de l'économie ; ils étaient liés, soit à une phlébite, soit à une résorption purulente; dans celle-ci était la cause de tous les accidents, et le cerveau en pareil cas ne présentait aucun désordre fonctionnel particulier.

Les individus qui nous ont offert les différents états du cerveau que nous venons de passer en revue ont-ils offert, dans les symptômes, quelque chose de spécial? En aucune façon. Des accidents nerveux de même nature, de même intensité,

de même durée, ont été observés, et chez ceux dont le cerveau ou ses annexes semblaient présenter quelque chose qui n'était plus l'état normal, et chez ceux dont l'intégrité des centres nerveux n'avait subi aucune espèce d'altération appréciable.

Mais, de plus, il s'en faut que ce ne soit seulement que dans les fièvres graves que l'on trouve l'engorgement des sinus, l'injection des méninges, l'épanchement de sérosité en divers points de la cavité de l'arachnoïde ou en dehors de cette cavité, le pointillé rouge de la substance cérébrale, des nuances nombreuses dans sa consistance, etc. Tous ces états, nous les avons également rencontrés dans beaucoup d'autres cas, où, pendant la vie, aucun désordre nerveux n'avait été observé; de telle sorte que, dans les cas où l'un de ces états coïncide avec quelque trouble de l'innervation, il est raisonnable de douter que cet état ait été la cause du désordre fonctionnel.

Les centres nerveux de la vie organique ont été examinés par nous dans un assez grand nombre de cas. Deux fois seulement ils nous ont présenté une apparence d'altération : c'était chez deux individus qui moururent avec un ensemble de symptômes ataxo-adynamiques très-prononcés; les ganglions semi-lunaires étaient remarquables par leur rougeur. L'un de ces individus avait éprouvé, pendant les quarante-huit dernières heures de son existence, un violent trismus et une roideur comme tétanique des membres torachiques. Nous n'oserions pas affirmer que, dans ces cas, la rougeur des ganglions semi-lunaires fût un état morbide; car des recherches bien souvent répétées nous ont appris que ces ganglions ont une teinte très-variable, en raison du genre de mort et de la quantité de sang qui remplit les divers réseaux capillaires.

Ainsi, en définitive, dans les fièvres dites essentielles, l'état

des centres nerveux après la mort ne saurait rendre compte des désordres qu'ils ont présentés pendant la vie (1).

Les désordres fonctionnels des centres nerveux sont-ils, dans ces fièvres, le résultat sympathique constant d'un état morbide de l'estomac? On ne saurait l'admettre; car, dans le plus grand nombre des cas, nous n'avons trouvé aucun rapport constant entre l'état de l'estomac et la lésion des fonctions nerveuses; nous avons déjà dit que cet organe se montrait parfaitement sain après la mort chez beaucoup de sujets, qui, jusque dans les derniers instants de leur vie, avaient eu les symptômes nerveux les plus graves et les plus variés. Nul doute, cependant, que ces symptômes ne puissent être, dans plus d'un cas, le produit sympathique d'une irritation gastrique; mais tout ce que nous voulons établir ici, et ce qui ressort également des recherches de M. Louis, c'est que cette irritation n'est pas le point de départ nécessaire des désordres nerveux qui surviennent dans les fièvres graves, et que même, le plus souvent, on ne peut expliquer ces désordres par l'état dans lequel on trouve l'estomac après la mort.

Peut-on davantage rapporter les désordres nerveux des fièvres graves à l'état de l'intestin grêle, et spécialement à la dothinentérite? Oui, dans un très-grand nombre de cas, mais non pas dans tous. Dans plusieurs de ces cas, où, pour expliquer des symptômes si graves, on ne trouve autre chose que quel-

---

(1) Cette opinion, que nous avions émise dans la première édition de cet ouvrage, s'est de plus en plus fortifiée dans notre esprit, à mesure que nous avons multiplié nos recherches; et aujourd'hui nous pouvons encore l'étayer des observations récentes de M. Louis. Dans son *Traité de la fièvre typhoïde* (tom. II, pag. 154), ce savant s'exprime ainsi : *L'état apparent du cerveau ne pouvait expliquer les symptômes dont il avait été la source, à peu près comme l'état de la membrane muqueuse de l'estomac ne rend pas compte de l'anorexie et d'autres symptômes gastriques dans un grand nombre de circonstances.*

ques plaques folliculeuses tuméfiées ou légèrement ulcérées, il y a lieu sans doute d'hésiter à rapporter un si grand trouble à de si faibles désordres; il y a lieu de penser que derrière ces désordres visibles, et avant leur manifestation, il a existé dans l'état dynamique de l'individu un dérangement profond, sans lequel tant de symptômes graves ne se seraient pas produits. Non, l'affection intestinale n'est pas tout en pareil cas, et, pour expliquer tout ce qui coïncide avec elle ou apparaît à sa suite, il faut faire intervenir d'autres éléments que l'anatomie pathologique n'a pas encore trouvés au bout de son scalpel. Ici donc, comme dans mille autres cas, ce que nous apercevons n'est qu'une partie de ce qui est.

Et, d'ailleurs, nos observations ne nous ont-elles pas montré d'autres cas où, en l'absence de toute trace de dothinentérite, les mêmes accidents d'innervation se manifestent? Ne nous ont-elles pas aussi montré des cas où se retrouvaient encore ces mêmes accidents, en l'absence de toute espèce de lésion intestinale appréciable par l'anatomie, mais avec des lésions d'autres organes? Enfin, nous ne pouvons pas oublier ces cas rares, mais réels, dans lesquels, en l'absence de toute lésion d'organe appréciable après la mort, les mêmes accidents d'innervation étaient encore présents. Rappelez-vous, par exemple, l'individu qui fait le sujet de notre observation XXXV: convalescent d'une dothinentérite, une émotion morale agit sur lui; tout-à-coup il présente des symptômes qui traduisent un trouble profond de l'innervation; en quelques jours il meurt, et l'anatomie ne trouve, ni dans les centres nerveux, ni ailleurs, aucune lésion qui explique les accidents graves qui ont entraîné l'individu au tombeau (1).

---

(1) Relisez encore, sous ce point de vue, les observations consignées dans le paragraphe 2 de l'article II du chapitre I.

B. MUSCLES.

On a beaucoup dit que les muscles des individus atteints de fièvre adynamique présentaient au toucher quelque chose de poisseux qui caractérisait les maladies de ce genre. Nous pouvons affirmer que nous n'avons pas retrouvé cet état des muscles chez un grand nombre de sujets, et que, d'un autre côté, nous l'avons observé sur des cadavres d'individus morts de différentes maladies aiguës.

Si le grand développement des muscles traduisait constamment la somme d'énergie vitale possédée par chaque individu, nous ne pourrions croire à une adynamie réelle chez beaucoup d'individus morts avec tous les symptômes de la prostration la plus grande. Chez eux, en effet, nous trouvions les muscles remarquables par leur volume, leur fermeté et leur vive rougeur.

Comment expliquer le ramollissement singulier que présenta tout le système musculaire chez l'individu dont il est question dans le commentaire qui suit notre observation LXIII?

§ II. LÉSIONS DES APPAREILS DE LA VIE DE RELATION OBSERVÉES PENDANT LA VIE.

A. LÉSIONS DES FONCTIONS DES CENTRES NERVEUX.

Observés aux diverses périodes de la maladie, ces centres nous offrent dans leurs fonctions des désordres aussi fréquents que sont rares les lésions qu'ils nous présentent après la mort. Résumons ce que ces désordres fonctionnels nous ont offert de plus remarquable au début de la maladie, ou pendant son cours.

A son début, la maladie peut affecter l'une des formes suivantes :

1re *forme.* Trouble apyrétique des fonctions digestives (anorexie ou diarrhée), sans apparence d'aucun désordre fonctionnel des centres nerveux.

2e *forme.* Trouble apyrétique des fonctions digestives, avec symptômes nerveux légers, tels que céphalalgie, éblouissements, tintements d'oreilles, défaillance, maux de reins, lassitudes spontanées, douleurs dans les membres et surtout vers les articulations, sentiment de faiblesse.

3e *forme.* Trouble pyrétique des fonctions digestives avec les mêmes symptômes nerveux.

4e *forme.* Absence du trouble des fonctions digestives, ou tout au plus diminution de l'appétit. Mêmes symptômes nerveux sans fièvre.

Parmi ces symptômes, les uns ou les autres peuvent particulièrement prédominer.

Ainsi, chez un assez grand nombre de sujets, on observe d'abord une douleur de tête qui est souvent très-vive, et qui persiste plusieurs jours sans être accompagnée d'aucun autre symptôme.

Chez d'autres, le début est surtout marqué par des lipothymies et des éblouissements.

Plusieurs individus ressentent, avant toute autre chose, des douleurs articulaires qui peuvent quelquefois en imposer pour une affection rhumatismale.

Enfin, certains malades éprouvent d'abord, sans avoir de fièvre et sans que leur appétit soit notablement diminué, une faiblesse qui les étonne; ils sont harassés, disent-ils, dès qu'ils font quelques pas; toute espèce d'occupation leur est pénible; ils deviennent d'une apathie remarquable, et ils ne se plaisent que dans le repos et dans l'immobilité la plus absolue.

5e *forme.* Mêmes symptômes nerveux avec fièvre, et sans trouble apparent des voies digestives.

6e *forme.* Symptômes nerveux graves d'*emblée*, tels que délire, stupeur, coma (1).

---

(1) Un des cas les plus remarquables de ce genre que nous ayons eu occasion d'observer est le suivant :

Un étudiant en médecine, habitant Paris depuis quatre ans, présentait, depuis une huitaine de jours, des signes d'une irritation légère des voies digestives, pour laquelle il ne s'était pas même alité, lorsque, dans la soirée du 24 novembre 1833, il fut pris tout-à-coup d'un violent délire. Le lendemain matin, 25, une saignée d'une livre au moins fut pratiquée, sans qu'il en résultât aucun amendement. Ce même jour, à deux heures de l'après-midi, nous le trouvâmes dans l'état suivant : Face rouge, yeux étincelants, agitation extrême, délire complet, vociférations ; le malade s'élance hors de son lit, dans lequel plusieurs amis n'ont pas la force de le retenir ; on est obligé de l'attacher. En même temps, pouls très-fréquent, plein ; peau chaude ; langue rouge et collante. Le malade est immédiatement transporté à la Pitié, où, par mon ordre, on lui applique quarante sangsues aux apophyses mastoïdes. Elles donnent beaucoup de sang ; le malade tombe, le soir, dans un grand état de faiblesse, et tout son corps se couvre d'une sueur froide. Cependant, vers le milieu de la nuit, les forces se relèvent ; l'agitation devient de nouveau très-vive, et plusieurs fois le malade se lève, et veut sortir de son lit. Le matin, 25 décembre, il est plus calme, mais le délire persiste ; les pommettes sont rouges ; le reste de la face a une teinte jaunâtre : la langue est sèche et rouge, le ventre légèrement ballonné ; le pouls bat 112 fois par minute. Je fais appliquer sur la tête une vessie pleine de glace, et couvrir les extrémités inférieures de cataplasmes sinapisés.

Pendant que la glace est maintenue sur la tête, le malade reste fort calme ; puis il tombe dans un assoupissement de deux heures ; lorsqu'il en sort, il a sa raison. Le lendemain matin, 27, l'intelligence a recouvré sa netteté, et le pouls ne bat plus que 76 fois par minute. Le soir, il revient encore un peu de délire avec de la fièvre ; on replace de la glace sur sa tête. Le malade la demande lui-même, parce qu'il sent qu'elle le calme. Les jours suivants, toute trace de délire disparaît ; mais le mouvement fébrile continue, et l'on observe

Cette forme de début est la plus rare de toutes.

Que si maintenant nous suivons les symptômes nerveux dans le cours de la maladie, nous les trouverons tantôt très-légers, mais toujours présents; tantôt plus intenses, et constituant alors les fièvres graves. Car toute fièvre ne devient telle qu'en raison de la part qu'y prend le système nerveux, et nullement, nous ne saurions trop le répéter, en raison de l'existence de telle ou telle lésion d'organe, de l'affection des follicules intestinaux, comme de tout autre (1).

Nous avons étudié avec soin, dans nos observations particulières, les formes infiniment variées du trouble de l'intelligence. Tantôt ce trouble est porté tout-à-coup au plus haut degré; tantôt il ne s'établit que peu à peu; les malades comprennent encore tout ce qu'on leur dit, ils répondent encore avec justesse; mais leur regard est étonné; quelque idée fixe les occupe; de temps en temps ils prononcent quelques mots qui n'ont pas de sens, ou bien ils ont peine à se rappeler ce

---

es différents signes qui caractérisent la dothinentérite; ils cessent graduellement, et le malade quitte l'hôpital, bien portant, le 10 janvier 1834.

(1) Il y a cependant ici une remarque à faire, c'est que les irritations, même légères, du tube digestif retentissent plus facilement sur l'innervation, que les irritations d'autres organes. Voyez, par exemple, ce qui arrive à un homme qui a excité son estomac par des aliments ou trop abondants ou trop stimulants : un malaise général, un accablement singulier, un sentiment de faiblesse et de fatigue, de la céphalalgie, ou tout au moins de la pesanteur de tête, une complète inaptitude au travail intellectuel; tels sont les accidents qu'il éprouve. Certainement, de pareils phénomènes se montrent beaucoup moins souvent sous l'influence d'une bronchite, ou de telle autre irritation d'organes. Il semble que ce soit le propre des irritations gastro-intestinales de troubler l'innervation, tandis que, dans les affections des autres organes, il faut, de la part du système nerveux, une plus grande prédisposition pour qu'il soit mis en jeu.

qui leur est arrivé peu d'instants auparavant; d'autres ont tantôt des réponses brèves et brusques, tantôt lentes ou incertaines; il semble qu'ils cherchent ce qu'on leur demande, et qu'ils ont besoin d'un grand travail d'intelligence pour répondre à la question la plus simple. Bientôt les réponses deviennent nulles, à moins qu'on ne réitère plusieurs fois les questions, et enfin il arrive un moment où l'on ne peut plus en obtenir aucune. Cependant, bien que ne répondant plus, ils comprennent souvent encore ce qu'on leur dit, ils donnent le bras ou tirent la langue, lorsqu'on le leur demande. A ce degré, tantôt ils gardent le silence le plus profond, leur intelligence paraît anéantie, ou bien l'expression de la physionomie semble annoncer que quelque pensée les préoccupe fortement. Tantôt, au lieu de silence, c'est une loquacité singulière; tantôt, enfin, ils poussent des cris, ils vocifèrent continuellement. Quelques-uns ont un air calme ou indifférent; d'autres présentent sur leur figure l'expression de l'anxiété la plus vive ou du plus profond désespoir. Ils tombent dans un découragement extraordinaire, et se croient voués à une mort inévitable. Chez d'autres, au contraire, le premier indice du trouble de l'intelligence, c'est la persuasion où ils sont qu'ils sont très-bien, qu'ils vont de mieux en mieux, à mesure que leur maladie s'aggrave.

Ce délire, quelle que soit sa forme, est souvent continu dès son principe. D'autres fois il ne se montre d'abord que d'une manière fugitive; d'autres fois, enfin, il revient périodiquement chaque nuit.

Au lieu de ces divers troubles de l'intelligence, quelques malades présentent de bonne heure, comme phénomène prédominant, une remarquable tendance au sommeil; dès qu'on les abandonne à eux-mêmes, ils ferment les yeux et semblent dormir, et bientôt on ne peut plus les tirer de cet état de

somnolence, qui devient plus ou moins rapidement un véritable coma. Tantôt celui-ci est continu; tantôt il alterne avec un état d'exaltation pendant lequel le malade présente une des variétés de délire que nous venons de signaler.

Dans plusieurs cas, on remarque de singulières et rapides alternatives de coma, de délire, et d'une lucidité parfaite de l'intelligence.

B. LÉSIONS DE L'ACTION MUSCULAIRE.

Le trouble de l'action musculaire accompagne souvent le désordre de l'intelligence; il peut le précéder, ou se manifester en même temps que lui. Chez quelques-uns de nos malades, nous avons vu, avant qu'il y eût aucune trace de délire ou de somnolence, les muscles de la face être agités de petits mouvements convulsifs, qui avaient surtout leur siége vers l'une ou l'autre commissure des lèvres. Chez d'autres, ce qui prédomina d'abord, ce fut un tremblement très-marqué des membres. Chez un certain nombre, les soubresauts des tendons furent comme le prélude des autres symptômes nerveux. Le sujet de l'observation XXXV nous offrit, à l'époque de sa rechute, comme premier indice du trouble des centres nerveux, une flexion permanente de quelques doigts de la main.

Dans l'observation XVIII, il y eut des symptômes de catalepsie; dans l'observation XXXIX, un trismus très-prononcé; dans l'observation XLI, des secousses tétaniques générales; dans l'observation XL, une contraction spasmodique des muscles du pharynx, et des symptômes d'hydrophobie; dans l'observation VII, une modification des contractions du diaphragme, d'où résulta un hoquet très-facheux, qui dut être combattu par des moyens spéciaux.

Au lieu d'être exaltée, l'action musculaire semble être sou-

vent plus ou moins complètement anéantie. Alors les contractions des muscles se montrent de plus en plus faibles, incertaines, comme vacillantes; la langue est comme tremblante, et ses mouvements semblent se soustraire à la volonté. A un degré plus avancé, les malades, couchés sur le dos, dans un état complet d'immobilité, les bras fixés le long du tronc, l'œil éteint, la face terne, l'intelligence comme anéantie, la peau froide, le pouls filiforme, ne paraissent vivre encore que par quelques mouvements inspiratoires qui se répètent à de longs intervalles. Cet état, qui ressemble à l'agonie, peut être cependant suivi du retour à la santé.

Dans plus d'un cas où la force musculaire semblait complètement perdue, et où il semblait que tout mouvement fût devenu impossible, nous avons vu des malades déployer tout-à-coup, au milieu de leur délire, une énergie qu'on eût été loin de leur soupçonner; ces mêmes malades qui, peu d'instants auparavant, retombaient comme des masses inertes lorsqu'on essayait de les soulever, se plaçaient brusquement sur leur séant, se levaient, fuyaient de leur lit, et marchaient. D'autres, qui, pendant le jour, paraissaient tombés dans le dernier degré de prostration, avaient cependant poussé toute la nuit les cris les plus violents, et des liens avaient été nécessaires pour les retenir dans leur lit.

Dans ces divers cas, n'employons donc qu'avec réserve le mot de *faiblesse*, comme celui d'*excitation;* car ni l'un ni l'autre ne représente fidèlement ce qui est, et, de même que la plupart des lésions organiques ne peuvent pas plus s'expliquer par l'excès que par le défaut de l'excitation normale, de même, pour s'expliquer les grandes modifications de l'innervation, qui sont les phénomènes les plus saillants des fièvres graves et comme leur caractère symptomatique, il ne faut chercher bien souvent ni force ni faiblesse. En se débattant

dans cette éternelle dichotomie, en prenant tour-à-tour, comme l'expression de toute la vérité, tantôt le premier et tantôt le second de ces termes, on a été certainement au-delà de ce que montraient les faits, et l'on n'a pas vu qu'on admettait également par hypothèse l'état sthénique, comme l'état asthénique, et qu'il eût été plus sage, plus profitable pour la science comme pour l'humanité de reconnaître, dans ces grands troubles de fonctions, un état de modification ou de perversion des forces nerveuses, que la thérapeutique ne doit pas plus chercher à combattre par des toniques que par des débilitants; souvent son unique but doit être de chercher à produire dans l'économie une série de mouvements organiques qui aient pour effet, jamais certain, mais possible, de ramener les fonctions nerveuses à leur type normal.

Y eut-il excès de force ou de faiblesse dans ces cas si remarquables de morts subites qui frappèrent plusieurs de nos malades, à une époque où aucun symptôme grave n'avait encore apparu chez eux (obs. VI, VIII, XI, XII, XXIX, XLIII)? Qui ne voit combien, pour expliquer un pareil phénomène, est insuffisante la dichotomie de Brown, aussi bien que celle de M. Broussais? Qui ne voit que, dans ce fait, comme dans bien d'autres modifications de l'innervation, il y a autre chose que cette sthénie et cette asthénie, auxquelles il a paru plus commode de tout rapporter?

C. LÉSIONS DE FONCTION DES ORGANES DES SENS.

Un assez grand nombre de malades nous ont offert une diminution notable de la faculté de percevoir les sons. Tantôt elle ne s'est montrée qu'à une période déjà très-avancée de la maladie; tantôt elle a précédé les symptômes ataxo-adynamiques, et en a fait présager le développement. Ce second

cas est loin d'être rare : en pareille circonstance, la figure prend ordinairement une expression de stupeur toute particulière. Une fois la stupidité a tout-à-coup disparu, au moment où les symptômes ataxo-adynamiques avaient atteint leur maximum d'intensité.

Le sens de la vue nous a aussi présenté quelques modifications. Il a été aboli chez quelques-uns ; chez d'autres il y avait vision d'objets fantastiques. Les pupilles se sont montrées souvent ou fortement contractées ou largement dilatées, soit des deux côtés à la fois, soit d'un seul. Le globe de l'œil a été parfois fortement dévié de son axe, soit en dedans, soit en dehors.

Dans ceux de ces cas qui se sont terminés par la mort, nous n'avons trouvé dans les centres nerveux aucune lésion qui pût nous rendre compte de ces diverses modifications des sens de l'ouïe et de la vue.

Le sens de l'odorat ne nous a offert rien de particulier. Mais la membrane muqueuse où réside ce sens a été souvent le siége d'une hémorrhagie qui, par sa fréquence et par ses rapports avec d'autres symptômes, mérite de nous arrêter un instant. Il n'est aucune maladie où les épistaxis nous aient paru se montrer aussi fréquemment.

L'épistaxis se montre à trois époques différentes des fièvres graves : 1° à leur début ; 2° pendant leur cours ; 3° vers leur terminaison.

Au début, l'épistaxis se lie souvent à de la céphalalgie et à tous les signes d'une congestion cérébrale ; d'autres fois elle se manifeste sans que ces signes existent.

Pendant le cours de la maladie, elle coïncide, chez un certain nombre d'individus, avec une vive rougeur de la face, l'injection des yeux, des étourdissements, un pouls plein et rebondissant, et avec cet ensemble de symptômes qui constitue

la fièvre inflammatoire. Mais, chez d'autres sujets, il n'en est plus ainsi : on la voit paraître en même temps que se montrent les signes de l'état adynamique; souvent même elle en est comme le prodrôme, et à mesure qu'elle se répète, à mesure aussi augmentent la prostration, la pâleur de la face, la stupeur, le trouble de l'intelligence, les soubresauts des tendons, etc. Plus d'une fois nous l'avons vue, en pareil cas, se manifester à la suite d'abondantes saignées, et se renouveler d'autant plus que celles-ci étaient répétées davantage. Nous l'avons vue aussi coïncider avec d'autres hémorrhagies des muqueuses, ou avec le développement de pétéchies plus ou moins nombreuses. Dans plusieurs de ces cas, l'apparition d'une ou de plusieurs épistaxis nous a paru marquer d'une manière très-tranchée le passage d'une fièvre continue, assez bénigne jusqu'alors (bilieuse ou inflammatoire), à une fièvre beaucoup plus grave (ataxique ou adynamique).

Enfin, chez quelques malades, l'épistaxis a été accompagnée d'un amendement sensible des symptômes; c'est dans des cas pareils qu'on l'a considérée comme critique. Dans une de nos observations, l'hémorrhagie nasale, dont l'apparition avait coïncidé avec une amélioration notable de la maladie, menaça ensuite de devenir funeste par son excessive abondance. Elle cessa, dès que l'on eut commencé à donner une médication tonique (obs. CXXXIX).

Il y a effectivement de ces épistaxis dont l'abondance augmente en raison directe de l'affaiblissement des malades et de leur état d'anémie. C'est ainsi qu'il est souvent difficile d'arrêter le sang donné par les piqûres de sangsues, chez les individus lymphatiques, faibles, épuisés par une longue maladie, ou qui ont été déjà beaucoup saignés.

Quelques individus n'ont eu qu'une seule épistaxis; chez d'autres elle s'est renouvelée, soit plusieurs jours de suite, soit

à différentes époques; et si dans certains cas on a cherché à la favoriser, dans d'autres on a été obligé d'avoir recours à des moyens mécaniques pour l'arrêter le plus promptement possible.

Comme sens du toucher, la peau nous a présenté, dans sa sensibilité, de remarquables anomalies. Ainsi, cette sensibilité s'est trouvée abolie chez les individus qui font le sujet des observations XVIII, XXXIV. Elle était, au contraire, singulièrement exaltée chez les sujets des observations IV, XXXIX : chez ces malades, l'endolorissement de toute la peau était tel que la pression la plus légère, exercée sur un de ses points, arrachait des cris. Fixée sur la peau des parois abdominales, une pareille exaltation de la sensibilité aurait pu faire croire à l'existence d'une péritonite. Aussi, toutes les fois qu'un individu atteint de fièvre grave paraît vivement souffrir par le palper abdominal, nous ne manquons jamais de presser comparativement d'autres points de l'enveloppe cutanée, afin de mieux nous éclairer sur la véritable nature de la douleur abdominale. Chez le sujet de l'observation XVIII, la sensibilité cutanée présenta, dans un court espace de temps, de rapides alternatives de diminution et d'exaltation. Il en fut de même chez la jeune fille de l'observation CXXXIII.

Mais ce n'est pas seulement comme sens du toucher que la peau s'est montrée altérée chez nos malades.

D'abord elle nous a offert diverses modifications de température, que nous avons notées plus haut.

L'exaltation dont elle est le siége est rarement restée à son état normal. Chez les uns elle a été augmentée pendant tout le cours de la maladie, et chez ceux-là l'affection a été généralement peu grave. L'état de moiteur ou de sueur qui en résulte peut être continuel, ou alterner avec un état de sécheresse de la peau, soit à des intervalles qui n'ont rien de fixe,

soit périodiquement. Ce retour périodique de la sueur peut être ou non précédé de frisson.

Chez d'autres, loin d'être accrue, la transpiration cutanée a paru diminuer ou cesser, et de là cette aridité toute particulière de la peau que nous ont offerte un grand nombre d'individus, et qui s'est toujours liée à un état plus ou moins grave. Cette aridité, qui, dans aucune maladie, n'est aussi prononcée que dans celle qui nous occupe, ne dépend-elle pas aussi de la suppression de la sécrétion folliculaire? Quoi qu'il en soit, nous n'avons jamais vu une amélioration franche commencer à avoir lieu, que lorsque la peau avait recouvré la souplesse et le poli qu'elle présente dans l'état de santé.

Plusieurs individus, dont la peau était restée constamment sèche, commencèrent à suer en même temps que leur état s'améliora, et que tout annonçait chez eux une tendance vers une terminaison heureuse. Chez douze malades, en particulier, nous avons observé un amendement si subit et si inespéré de tous les symptômes, en même temps qu'une sueur s'établissait, que nous étions porté à la regarder comme un phénomène critique (obs. LXXIV, LXXXIV, XC, XCXIII, CIV, CXV, CXVIII, CXX, CXXIX, CXXXI, CXXXII, CXL).

Il nous a été le plus souvent impossible de reconnaître, d'une manière précise, le jour de l'apparition de cette sueur d'*apparence critique*. Cependant elle nous parut s'être montrée le septième jour, dans l'observation CXV; le douzième jour, dans l'observation CXX; le vingt-unième, dans les observations CXXIX, CXXXI. Dans l'observation CXXXII, des sueurs eurent lieu à trois époques différentes : le septième, le quatorzième et le dix-huitième jour. La dernière coïncida seule avec une amélioration de la maladie.

Chez plusieurs sujets, ces sueurs, que suivit instantanément

un état meilleur, parurent être provoquées par l'administration d'un vomitif.

Il s'en faut, du reste, que l'apparition de la sueur ait constamment coïncidé avec un amendement de la maladie. Ainsi, au moment où elle apparut pour la première fois, nous vîmes les symptômes s'exaspérer chez le sujet de l'observation XXVI; et cependant cette sueur s'était établie chez lui le quatorzième jour. Chez quelques-uns, la peau devint, pour la première fois aussi, le siége d'une sueur abondante, peu d'heures avant la mort. Assez souvent, pendant les vingt-quatre dernières heures de l'existence, la peau se couvrit d'une sueur visqueuse et froide. L'apparition de cette espèce de sueur nous a paru constamment du plus fâcheux augure.

Quelques individus eurent, pendant leur convalescence, des sueurs abondantes, qui cessèrent spontanément à mesure que les forces se rétablirent.

La sueur des individus atteints de fièvres graves avec prostration considérable et teinte plombée de la face, nous a paru, dans quelques cas, remarquable par sa fétidité. Mais ce phénomène est loin d'être aussi fréquent qu'on l'a dit, et il nous semble qu'on ne peut rien en conclure relativement à la nature même de la maladie. Nous ne voyons pas, par exemple, quel rapport il y a entre l'odeur fétide des sueurs et la putridité des humeurs qu'on a voulu prouver par l'existence de cette fétidité particulière du produit de la transpiration cutanée.

Chez un grand nombre de malades, la peau s'est couverte d'éruptions variées. Des papules rosées, des *sudamina*, des pustules miliaires, des pétéchies, des ecchymoses, des boutons varioliformes, tels sont les différents exanthèmes que nous ont présentés nos malades.

Éruption papuleuse (1). L'éruption pétéchiale s'est montrée chez un grand nombre.

Considérées sous le rapport de leur situation, les papules, nommées aussi, d'après leur aspect, taches rosées lenticulaires, ont apparu le plus fréquemment sur la partie inférieure moyenne du thorax, et sur la partie supérieure de l'abdomen. Dans quelques cas, elles ont recouvert à la fois la totalité du thorax et de l'abdomen. Deux fois nous les avons vues s'étendre aux membres thoraciques, une fois aux cuisses et une fois au cou. Nous n'en avons jamais observé à la face.

Leur nombre a été très-variable. Plusieurs malades n'ont présenté que sept à huit taches au plus, éparses sur le thorax ou sur l'épigastre. Chez d'autres, l'éruption, très-confluente, a couvert en même temps le thorax, l'abdomen, le cou, les bras et les cuisses. J'ai vu, dans certains cas, cette confluence être telle que l'éruption, au premier abord, aurait pu en imposer pour une éruption de rougeole ou de variole commençante, alors que les pustules ne semblent être encore que de simples papules. La gravité des symptômes concomitants n'a pas toujours été en rapport avec le nombre des papules.

La largeur de ces taches nous a paru varier depuis celle d'une très-petite piqûre de puce jusqu'à celle d'une lentille. Généralement arrondies, elles ont présenté quelquefois une forme ovalaire ou oblongue. En passant légèrement le doigt au-dessus de ces taches, on reconnaissait qu'elles faisaient un peu saillie au-dessus du niveau de la peau. Cette saillie n'était pas appréciable à la vue. La pression les faisait momentanément disparaître.

---

(1) J'ai indiqué souvent, dans les observations particulières, les papules qui constituent cette éruption, sous le nom de pétéchies, expression impropre, puisqu'il n'y a point, en pareil cas, hémorrhagie dans le tissu du derme, mais seulement un exanthème.

La couleur des papules a présenté plusieurs nuances. Elles avaient en général une teinte rosée assez vive, lorsqu'elles se montraient à une époque où les symptômes adynamiques n'étaient pas encore très-prononcés. Mais, dans presque tous les cas où il y avait forte prostration, stupeur considérable, les taches pâlissaient, ou bien une couleur livide ou brune remplaçait leur teinte rosée. Quarin avait distingué avec raison trois espèces de taches, sous le rapport de leur couleur : les unes rouges, les autres livides, et les troisièmes noirâtres. Ces dernières, disait-il, *sont les plus rares et les plus funestes; les livides sont aussi très-fâcheuses, et les rouges ne sont pas sans danger.*

Nous n'avons pu rien saisir d'invariable sous le rapport de l'époque de la maladie à laquelle les pétéchies ont commencé à apparaître. Nous les avons vues, le plus souvent, se développer au milieu du cours de la fièvre, quelquefois vers la fin, et même pendant la convalescence; très-rarement dès le début. On peut dire cependant que c'est en général vers le huitième jour que l'éruption papuleuse se montre le plus souvent.

Dès le moment où chaque tache se montre, elle semble avoir acquis ordinairement son plus grand développement. Elle persiste cinq à six jours, puis elle se flétrit et disparaît, sans laisser à l'endroit où elle s'était manifestée aucune trace de son existence. Une seule fois cependant, chez un individu qui avait eu un très-grand nombre de taches, nous avons observé, après leur disparition, une véritable desquammation de l'épiderme (obs. CXXXV).

Considérée dans son ensemble, l'éruption papuleuse reste discrète, ce qui est le cas le plus ordinaire, ou bien elle devient confluente, et elle peut alors, dans son maximum de développement, arriver à se répandre sur l'universalité de l'enveloppe cutanée. Dans quelques cas nous avons vu les papu-

les paraître et disparaître plusieurs fois dans le cours d'une même maladie.

Sont-ce ces papules qui ont été décrites sous le nom de pétéchies par plusieurs anciens auteurs? Est-ce à elles qu'il faut appliquer le passage suivant de Quarin?

Les pétéchies, dit-il, sont communes dans la fièvre putride, moins fréquentes dans la fièvre maligne, et très-rares dans la fièvre inflammatoire. Dehaen répète dans plusieurs de ses ouvrages que la stupeur et la prostration n'accompagnent pas nécessairement le développement des pétéchies. Il a vu ces taches survenir pendant le cours des fièvres les plus légères. Stoll a fait la même remarque; aussi, sous le rapport du traitement, ces auteurs recommandent-ils d'avoir surtout égard à l'ensemble des autres symptômes.

Nos observations confirment entièrement les assertions précédentes, relativement à la valeur qu'on doit accorder, dans le prognostic, à l'existence des taches rosées lenticulaires. Nous avons vu ces taches se manifester pendant le cours des fièvres les plus bénignes, et celles-ci n'en ont point été aggravées.

Ces fièvres légères avec éruption papuleuse se sont présentées sous une sorte de forme épidémique : elles ont commencé à se montrer vers la fin du mois de mai; elles ont été très-nombreuses pendant les mois de juin et de juillet; puis elles sont devenues plus rares en août, et ne se sont plus montrées à dater du mois de septembre. Dans tous ces cas, l'éruption a été discrète, et a conservé une teinte rosée.

Mais, ainsi que l'avaient fort bien observé Hofmann, Mead (1) et Quarin, pour peu que les pétéchies soient nombreuses ou

---

(1) Quo plures numero comparent, eo gravior subest metus. Maximum autem vitæ periculum ostendunt, cum nigræ vel lividæ evadunt. (Mead.)

d'une mauvaise couleur, elles sont d'un fâcheux augure, et précèdent ou accompagnent un état adynamique plus ou moins grave. On peut s'en convaincre en lisant les observations XV, XXIX, XLIV, CXXVII, CXXVIII, CXXIX, CXXX, CXXXV, CXXXVII, CXLII, CXLIV. Dans quelques-unes de ces observations, nous voyons que c'est peu de temps après qu'une saignée eut été pratiquée, ou à la suite d'abondantes épistaxis, que les taches apparurent avec la stupeur.

Dans un autre cas, au contraire (obs. CXXXVIII), les pétéchies et la stupeur disparurent à la suite d'une application de sangsues à l'anus. Le lendemain, l'éruption se manifesta de nouveau, sans être accompagnée de symptômes adynamiques plus graves.

Chez d'autres malades, les taches rosées, après s'être montrées pendant la période la plus grave de la maladie, survécurent en quelque sorte à tous les autres symptômes, et présistèrent encore en petit nombre pendant la convalescence (obs. LXXVIII, CXXXIV).

D'autres fois, nous avons vu ces taches se flétrir et disparaître tout-à-coup, au moment où l'adynamie avait acquis sa plus grande intensité (obs. CXLIV).

Chez le malade de l'obs. XXIV, les taches, après s'être multipliées à mesure que la stupeur avait augmenté, s'éteignirent presque entièrement la veille de la mort. Chez le malade de l'obs. XX, leur multiplication, leur teinte de plus en plus brune, marquèrent les progrès de l'adynamie. Elles disparurent tout-à-coup, en même temps que se montrèrent les symptômes nerveux qui précédèrent la mort.

Huxham et Ramazzini ont parlé de pétéchies critiques. Pringle et Sarcone en nient l'existence. Dans un cas seulement, Sarcone vit les pétéchies disparaître, en même temps que les autres symptômes de la maladie augmentaient d'intensité, et

reparaître à mesure que ces symptômes devenaient plus bénins. Pour nous, nous avons vu deux fois (obs. CXXV, CXXVI) l'apparition des pétéchies coïncider avec une diminution notable des symptômes.

Nous avons observé une éruption de *sudamina* chez sept individus (obs. XXXV, XLI, LXXV, CVIII, CXXIII, CXXXII, CXL); cette éruption s'est particulièrement montrée sur l'abdomen. En passant légèrement l'extrémité des doigts sur la peau de cette partie, l'on sentait une foule de petites inégalités qui lui donnaient une apparence rugueuse. Ces inégalités étaient formées par une multitude de vésicules miliaires, comme cristallines, à parois parfaitement transparentes, et remplies d'un peu de sérosité limpide. Un contact un peu rude les détruisait. Après avoir persisté pendant un, deux ou trois jours au plus, ces vésicules disparaissaient, et l'on observait à la place qu'elles avaient occupée une desquammation de l'épiderme.

Chez un seul malade (obs. LXXV), les *sudamina* prirent un beaucoup plus grand développement. On en voyait plusieurs se réunir, et former de larges vésicules semblables à des ampoules de vésicatoires. On eût dit un pemphigus. Chez ce malade, cette remarquable éruption de *sudamina* se manifesta à la fois sur l'abdomen, le thorax, le cou et les bras, mais surtout au pourtour des aisselles.

Chez cet individu et chez quatre autres, des sueurs copieuses précédèrent ou accompagnèrent l'éruption; mais, comme l'on observe des sueurs aussi abondantes chez beaucoup d'individus qui ne présentent pas de *sudamina*, il est raisonnable de croire que les *sudamina* ne peuvent avoir lieu sans une disposition spéciale de la peau, soit physiologique, soit pathologique. D'ailleurs, chez deux autres malades, aucune sueur remarquable n'eut lieu. Chez le malade de l'obs. LXVI, l'apparition des *sudamina* coïncida avec une amélioration notable

des symptômes. Cinq fois cette éruption s'est montrée en été, et les deux autres fois en octobre et en février (1).

Nous avons observé chez un seul individu une éruption miliaire (obs. CVIII); elle se manifesta vers le vingt-unième jour, en même temps que des *sudamina* apparurent, et qu'une légère diarrhée s'établit. L'éruption couvrit une partie du thorax et de l'abdomen, persista trois à quatre jours, et parut contribuer à juger la maladie.

Dans des cas graves de fièvres typhoïdes, la peau, comme dans le véritable typhus ou dans la peste, peut se couvrir de véritables pétéchies, c'est-à-dire de taches rouges, brunes ou violettes, constituées par des épanchements circonscrits du sang dans l'épaisseur du derme: plus étendues, ces pétéchies deviennent des ecchymoses. Il est des cas où ces hémorrhagies interstitielles de la peau coïncident avec d'autres hémorrhagies, ainsi que cela a lieu dans la fièvre jaune, ou dans la pourpre, et ce n'est pas là sans doute un des points de contact les moins remarquables qui lient entre elles ces diverses maladies. Nous avons vu, entre autres, un cas dans lequel, une huitaine de

---

(1) Aujourd'hui, comme à l'époque où j'écrivais ces lignes, je crois que les *sudamina* peuvent se montrer comme un effet tout mécanique de sueurs abondantes et prolongées; on les observe dans des maladies aiguës très-différentes les unes des autres, si dans ces maladies des sueurs ont lieu; nous les avons vues souvent, par exemple, chez des individus atteints de pneumonies ou de rhumatismes articulaires aigus. Mais lorsque, dans ces maladies diverses, il n'y a point de sueurs, on ne remarque pas non plus de *sudamina;* au contraire, ils existent souvent, en l'absence de toute sueur, dans la fièvre typhoïde; ils reconnaissent donc, dans cette dernière affection, une cause spéciale, comme l'est la maladie elle-même. Ce n'est pas une seule fois que j'ai vu chez des individus atteints de fièvre typhoïde, et dont la peau était restée constamment sèche, une éruption confluente de sudamina couvrir les parois thoraciques et abdominales, ainsi que le cou et quelques points des membres.

jours avant la mort, le tronc et les membres se couvrirent de larges et nombreuses ecchymoses : à l'ouverture du cadavre, nous trouvâmes plusieurs foyers hémorragiques dans les deux poumons y constituant la lésion appelée par Laennec *apoplexie pulmonaire*, des ecchymoses multipliées dans la membrane muqueuse intestinale, une infiltration sanguine des plus notables du fond et des bords de quelques ulcérations qui existaient à la fin de l'intestin grêle; d'autres ecchymoses très-étendues dans la muqueuse vésicale; enfin, de véritables épanchements de sang dans l'épaisseur même du parenchyme des reins. L'individu qui nous présenta cette sorte de diathèse hémorragique avait succombé, dans le dernier degré du marasme et de la faiblesse, à une époque déjà très-éloignée de celle du début de sa fièvre typhoïde (1).

Des boutons varioliformes ont fixé notre attention dans les obs. XXV, XXXVI, CXLVI. Chez un malade, ces boutons couvrirent l'épigastre au moment où existaient les symptômes ataxo-adynamiques les plus graves; ils n'apportèrent aucun soulagement (obs. XXV). Chez un autre malade, ils se montrèrent aussi d'abord à l'épigastre, puis ils s'étendirent aux fesses. On les vit paraître en même temps que la nature sembla faire un ef-

---

(1) Le fait suivant, qui m'a été raconté par M. Senn, ancien élève interne à l'Hôtel-Dieu, semble propre à prouver que les pétéchies doivent être souvent considérées comme un résultat de l'état de débilité générale. Un homme, traité dans les salles de Dupuytren, fut pris d'une épistaxis très-abondante qu'on ne put parvenir à arrêter. Au bout d'un certain temps, ce ne fut plus du sang en nature, mais seulement une sorte de liquide séreux, qui s'écoula par les narines. Le malade était menacé de mourir d'épuisement. Au milieu de cet état anémique, des pétéchies nombreuses apparurent sur le tronc et sur les membres; l'épistaxis s'arrêta, et, à mesure que les forces se relevèrent, les pétéchies se flétrirent. Comme les hémorrhagies, en général, les pétéchies peuvent donc être distinguées en actives et en passives.

fort vers la guérison (obs. XXXVI). Enfin, chez le troisième, on les observa pendant la convalescence ; ils se montrèrent successivement aux fesses, à la figure et au bras (obs. CXLVI).

C'est avec une bien remarquable facilité que, chez les individus atteints de fièvre grave, la peau se gangrène ou s'ulcère dans les points où elle a été le siége d'une irritation légère. Là où la peau reste quelque temps soumise à une pression peu forte, et où s'opère une stase sanguine toute mécanique, cette sorte d'hypérémie passive est bien souvent suivie d'une escarre, et, lorsque celle-ci s'est détachée, l'ulcération qui en résulte s'étend rapidement en profondeur, et va atteindre les os eux-mêmes. C'est ce qu'on observe surtout à la région du sacrum et du grand trochanter.

Chez ces mêmes individus, plus souvent que chez d'autres malades, les plaies des vésicatoires prennent une couleur brune, ou tendent à s'ulcérer. Chez eux aussi, les petits engorgements auxquels donnent lieu les piqûres de sangsues se terminent, plus souvent que dans d'autres cas, par une petite ulcération de la peau. A la place de chaque piqûre de sangsues existe une solution de continuité qui semble faite comme par un emporte-pièce, et autour de laquelle la peau ne présente aucune altération. Ces ulcérations ne se forment le plus ordinairement que chez des individus qui sont déjà dans un degré avancé d'adynamie, et elles nous ont toujours semblé du plus fâcheux augure. Chez un malade, dont nous avons rapporté l'observation, leur apparition suivit celle d'une abondante hémorragie intestinale (1).

---

(1) Tout en reconnaissant que la disposition à la gangrène de la peau est moins rare dans les fièvres graves, typhoïdes, etc., que dans d'autres maladies, nous pensons que, même dans ces fièvres, on a exagéré la fréquence

ARTICLE III.

TRAITEMENT.

Les cent quarante-six observations particulières que nous avons rapportées nous ont montré les malades qui en font le sujet soumis aux traitements les plus divers. Les uns n'ont pris, pendant tout le cours de leur affection, que de simples

---

d'un pareil accident. Quant aux organes intérieurs, leur gangrène est encore plus rare que celle de la peau. A l'exception des cas, qui sont eux-mêmes moins nombreux qu'on ne l'a dit, dans lesquels nous avons constaté dans les plaques exanthémateuses de l'intestin une apparence d'escarre, nos observations ne nous ont montré ailleurs qu'un seul cas de gangrène : c'était dans le poumon de l'individu qui fait le sujet de l'observation XIX ; et, dans ce cas, il était bien évident que cette gangrène purement accidentelle était indépendante de la maladie principale. Combien de fois cependant n'a-t-on pas parlé de la fréquence des gangrènes dans les fièves dites adynamiques, putrides, etc.! Que de conséquences n'en a-t-on pas tirées pour la nature de ces maladies! Dans ce cas, comme dans mille autres, comme dans celui où l'on croit pouvoir tout expliquer dans les fièvres graves, soit par l'altération du sang, soit par l'irritation gastro-intestinale, nous répéterons ce que disait Sydenham de plusieurs médecins de son temps : *Si quando symptoma aliquod, quod cum dicta hypothesi apposite quadrat, revera morbo competat, cujus typum delineaturi sunt, tum illud supra modum evehunt, ac planè reddunt eœ mure elephantem, quasi in hoc scilicet totius rei cardo verteretur : sin hypothesis minus congruat, aut prorsus silentio aut levi saltem pede transmittere consuaverunt, nisi forte beneficio subtilitatis alicujus philosophicœ in ordinem cogi ac quoquo modo accommodari possit.*

J'ajoute cependant qu'il ne me paraît pas impossible qu'à d'autres époques, et sous l'influence d'autres conditions hygiéniques, les gangrènes se soient montrées, dans les fièvres continues, comme un accident plus fréquent qu'aujourd'hui.

boissons acidules ou mucilagineuses ; ils ont gardé la diète et le repos, et aucune médication active n'a été essayée chez eux. D'autres n'ont pris non plus à l'intérieur que ces mêmes boissons; mais, chez eux, des émissions sanguines plus ou moins abondantes, plus ou moins multipliées, ont été pratiquées. Chez plusieurs, la périphérie cutanée a été couverte de sinapismes ou de vésicatoires, ou irritée par des frictions stimulantes. Chez quelques-uns, des applications froides ont été faites sur la tête, et des bains de température variable ont été donnés. Les purgatifs, et plus fréquemment les émétiques, ont été administrés à un assez grand nombre ; et enfin, chez d'autres, le traitement tonique et stimulant proprement dit a été mis en usage. Plusieurs, soit à la même époque, soit à diverses périodes de leur maladie, ont été traités à la fois ou tour-à-tour par deux, trois ou quatre de ces méthodes.

Que si maintenant nous cherchons à apprécier quelle a été l'influence exercée par ces traitements divers, nous trouverons dans cette appréciation les difficultés les plus graves. Pour tous nous pourrions citer des succès, et pour tous aussi des revers, suivant que nous insisterions plus particulièrement sur les uns ou sur les autres ; il nous serait donc facile de trouver des motifs de préférence ou d'exclusion pour telle ou telle méthode thérapeutique ; nous pourrions nous placer sur un terrain encore plus commode, en disant que, *suivant les cas*, tel ou tel mode de traitement doit être préféré. Mais, en nous tenant ainsi dans les généralités de la question, nous ne l'avancerions guère, et certes nous ne pourrions pas la résoudre, parce que dans nos observations n'existent pas les éléments de cette solution. Ce qui semble surtout en ressortir, c'est que, quelles que soient les méthodes employées, il est un certain nombre de cas où, sans que ces méthodes y prennent part, la nature conduit la maladie à une terminaison heureuse ou funeste. De

là toutefois il ne faudrait pas deduire la conséquence que nos moyens thérapeutiques sont sans influence sur la marche et sur le mode de terminaison des fièvres. Mais, si la nature joue ici un si grand rôle, qui ne sent que, pour apprécier le rôle que peut jouer la médication, soit qu'elle nuise, soit qu'elle soit utile, il est nécessaire qu'on rassemble et qu'on soumette à une sévère discussion une collection de faits beaucoup plus nombreux que les nôtres, afin que, les mêmes résultats se reproduisant un grand nombre de fois, on puisse défalquer en chiffres ce qui, dans ces résultats, appartient à la nature et ce qui appartient à l'art? Ainsi n'ont pas procédé les historiens d'épidémies, qui, la plupart, se sont contentés d'indiquer d'une manière générale quel traitement leur a paru le mieux réussir: celui qui, entre leurs mains, a compté le plus de succès a presque toujours été celui qui leur était donné par la théorie sous l'influence de laquelle ils observaient les malades. Aussi un bien faible parti peut être tiré de ce qu'ils nous ont transmis comme le résultat de leur expérience en thérapeutique; il n'en eût point été ainsi, si, à la place des résultats généraux, ils avaient dressé des tables où l'on aurait trouvé le nombre des malades soumis à tel ou tel mode de traitement. Celui qui ne publie que quelques observations sur une maladie ne doit faire autre chose que noter une simple coïncidence entre l'administration de tel ou tel traitement et la terminaison heureuse ou malheureuse de la maladie; ce n'est que lorsque cette coïncidence s'est répétée bien souvent dans le même sens, qu'il peut être permis de regarder comme liés l'un à l'autre deux faits qui, si fréquemment, se sont présentés ensemble. En réunissant sous ce point de vue spécial les nombreuses observations publiées par les hommes de toutes les opinions, nous croyons que la thérapeutique des fièvres ne gagnerait pas peu à un semblable travail. Quelque im-

portant qu'il nous paraisse, la nature de cet ouvrage ne nous permet pas de nous y livrer. Sans sortir de nos observations, et par conséquent sans nous élever à aucune conséquence générale, nous allons essayer de résumer en peu de mots ce qui est arrivé à nos malades, pendant qu'ils étaient soumis à diverses sortes de traitements. Nous isolerons chacun de ces traitements, et nous suivrons les modifications qui ont coïncidé avec leur emploi, 1° dans l'ensemble de la maladie; 2° dans ses principaux symptômes. Ce sera là un commencement du grand travail que nous voudrions qu'on entreprît en rassemblant sous le point de vue thérapeutique les nombreuses observations de fièvres éparses dans les auteurs. Nous ajouterons que ce travail même ne serait utile qu'à la condition qu'on n'oublierait pas que le nombre des succès comme celui des revers ne constitue en quelque sorte qu'une majorité fictive; car bien peu d'auteurs ont publié tous les cas qu'ils ont observés, et la plupart ne se sont empressés de nous transmettre que les faits qui caressaient leurs idées. Ouvrez, par exemple, les recueils d'observations publiés par les disciples de Brown: vous n'y trouverez pas un exemple de fièvres graves traitées avec succès par les émissions sanguines; et cependant ces cas existent, et, comme nous, ils ont dû les voir. Ouvrez, d'autre part, les recueils publiés par les élèves de l'école de M. Broussais, vous n'y lirez pas un seul cas de ces mêmes maladies qui, traitées par les toniques, ont guéri; et cependant, autour d'eux, de semblables cas ont été observés, et eux aussi ont dû les voir (1).

---

(1) Le passage suivant, écrit par James Sims, auteur d'un ouvrage sur les maladies épidémiques, nous a toujours paru plein de bon sens : « Un praticien, dit cet auteur, qui n'observe que les maladies soumises à son propre

§ Ier. TRAITEMENT PAR LA DIÈTE ET LES BOISSONS MUCILAGINEUSES OU ACIDULES.

Un grand nombre de nos malades a été soumis à ce mode de traitement. Chez les uns l'affection était légère, chez les autres elle était grave; et l'on observait les divers symptômes de la fièvre typhoïde, tels qu'accidents variés de l'innervation, délire, stupeur, prostration, langue sèche ou fuligineuse, météorisme, pétéchies, etc.

Pendant que ce traitement était suivi, nous avons vu chez plusieurs tous les symptômes s'amender, et la maladie se terminer aussi promptement et d'une manière aussi heureuse que chez d'autres placés dans des circonstances semblables, et auxquels on pratiquait des émissions sanguines. C'est souvent en vingt-quatre ou quarante-huit heures que nous avons vu cesser une fièvre assez intense chez des individus dont un mauvais régime entretenait la maladie, et que la diète et le repos suffisaient pour rendre rapidement à la santé.

Il ne nous a pas paru qu'ainsi *abandonnées à la nature*, les fièvres continues eussent une durée déterminée, et qu'elles se terminassent certains jours plutôt que d'autres ; et, pour ces maladies, l'ancienne doctrine des jours critiques nous a paru complètement en défaut.

---

traitement, est aussi dangereux que celui qui ne lit qu'un livre, ou qui ne s'attache qu'à un système; il tournera sans cesse dans le même cercle, et prendra souvent pour des symptômes essentiels de la maladie ceux qui ne sont que le produit de son traitement. D'ailleurs, comment pourra-t-il constater qu'une méthode particulière est la plus avantageuse, lorsqu'il n'observera pas les inconvénients des autres, et qu'il ne s'assurera pas si la nature n'aurait pas fait seule les frais de la guérison? »

Quant aux crises, ne devaient-elles pas surtout être évidentes dans ces cas où aucune médication active n'avait contrarié ce qu'on appelle la *marche de la nature?* cependant les phénomènes auxquels on a donné le nom de *crise* ne marquèrent la terminaison de la maladie que dans le plus petit nombre des cas. Dans quatre cas seulement (obs. LXXIV, CXXII, CXXIX, CXXXII), l'apparition d'une sueur abondante coïncida avec la cessation de la fièvre et des autres phénomènes morbides. Dans d'autres cas, il y eut encore des sueurs vers la fin de la maladie; mais, en raison des circonstances de leur apparition, les anciens même eussent hésité à leur assigner un caractère critique : c'est ce qui eut lieu chez le sujet de l'observation LXXIII, ainsi que chez la jeune fille dont il est question dans l'observation LXVI; chez elle, en particulier, une sueur habituelle de l'aisselle se rétablit en même temps que commença la convalescence. Mais dans ce cas, pourrons-nous voir autre chose que le rétablissement d'une sécrétion, devenu un élément de la santé, que la maladie avait supprimée et qui doit reparaître dès que la maladie cesse? Encore moins regarderons-nous comme critiques d'autres sueurs qui, sous l'influence de la méthode expectante dont nous examinons les résultats, apparurent bien avant la terminaison de la maladie (obs. LXXV, LXXVIII). Enfin, chez beaucoup de sujets également traités par cette méthode, aucune sueur ni aucun autre phénomène critique ne se manifestèrent (obs. XXXVII, LXVIII, LXIX, LXX, LXXI, LXXII, LXXVI, LXXIX.) Chez le sujet de l'observation XIII, qui, pendant sa longue et grave maladie, fut également soumis à la méthode expectante, un des membres abdominaux devint, pendant la convalescence, le siége d'une suppuration abondante qui entraîna le malade au tombeau.

Outre les malades chez lesquels la méthode expectante fut seule employée, il en est d'autres qui furent traités par elle

seulement dans les premiers temps de leur affection; plus tard on opposa une médecine active aux progrès toujours croissants de la maladie : tantôt une amélioration évidente suivit ce changement de méthode (obs. CXXVIII, CXXXIV, CXXXV); mais trntôt aussi, le trouble que détermina dans l'économie la médication active mise en usage ne fut pas plus utile que l'expectation n'avait été salutaire, et la maladie n'en marcha pas moins vers une terminaison fatale (obs. XX, XXVIII, XXXV).

D'autres malades, au contraire, commencèrent par être soumis à diverses sortes de traitements plus ou moins actifs; aucun bien n'en résultait, et la maladie restait stationnaire ou s'aggravait : c'est dans ces circonstances qu'abandonnant toute médecine agissante, on se contenta de tenir les malades à la diète et à l'usage des simples boissons délayantes; chez quelques-uns seulement, de légers bouillons ou un peu d'eau vineuse étaient ajoutés à ces boissons. Les observations XXXVII, CXVI, CXX, CXXI, CXXII, CXXIV, CXXV, CXXVI, CXXX, CXXXVIII, nous montrent des individus chez lesquels on se trouva bien du retour vers la méthode expectante. On cessa de tourmenter la nature par des remèdes que ne suivait aucune amélioration; on se contenta d'écarter tout ce qui pouvait nuire, et la guérison fut le fruit du seul effort de la nature, aidée par de simples soins d'hygiène.

Que si maintenant nous cherchons à apprécier l'influence exercée par la simple méthode expectante sur les grands désordres fonctionnels des divers appareils, nous arriverons aux résultats suivants.

Étudions d'abord son influence sur les désordres des voies digestives.

L'anorexie, le mauvais goût de la bouche, les nausées n'ont en général disparu que peu à peu chez les individus soumis à ce mode de traitement. Chez plusieurs (obs. LXXX, LXXXI,

LXXXII, LXXXIII, LXXXIV, LXXXV, LXXXVI, LXXXVII, LXXXVIII, LXXXIX, XC, XCI, XCII, XCIII, XCIV), la diète et les boissons délayantes continuées pendant long-temps n'ont pu faire disparaître ces symptômes, qui, chez les individus qui font le sujet de ces observations, ont cédé rapidement à l'emploi des évacuants.

Quelques-uns sont entrés à l'hôpital avec des vomissements qui ont persisté tant qu'ils n'ont pris que des délayants, et qui ensuite ont cessé après l'emploi d'autres moyens, ainsi que nous le verrons plus bas.

Sous l'influence de la méthode expectante, la langue, chez plusieurs sujets, n'a présenté aucun changement; et elle ne s'est modifiée que lorsque d'autres médications ont été essayées. Ainsi elle a conservé sa blancheur uniforme (obs. XVIII, XCVI), son enduit jaunâtre (obs. LXXX, LXXXI), sa couleur blanche avec pointillé rouge (obs. XIII, XX, XXI), sa couleur rouge uniforme avec persistance de son humidité (obs. CIII), sa rougeur et en même temps sa sécheresse (obs. XII, XXX, XXXV, CXXXIV); enfin sa couleur noire (obs. XLVII, XLVIII, L, LII). Dans ces dernières observations, nous avons pu voir, d'ailleurs, que ce n'était pas seulement, ainsi qu'on l'a dit, à la suite de l'administration des toniques, que la langue venait à se couvrir de fuliginosités.

Chez plusieurs autres individus, toujours soumis à la même méthode de traitement, non-seulement l'état de la langue ne s'est pas amélioré, mais cet organe a pris un aspect en rapport avec l'augmentation de gravité des autres symptômes de la maladie. Nous la voyons, par exemple, rougir de plus en plus, se sécher, brunir, s'encroûter, chez les sujets des obs. XIV, XXXII, XXXV, CVIII.

Enfin, chez un certain nombre de malades, qui ne font, comme les précédents, que garder la diète et boire de l'eau

d'orge, la langue se dépouille de ses enduits, reprend son humidité, et revient lentement ou rapidement à son état normal. Chez le sujet de l'observation XXXVII, la langue, couverte d'un enduit jaunâtre épais, à l'époque de l'entrée du malade à l'hôpital, rougit et se sécha en même temps que des émissions sanguines furent pratiquées; le malade fut alors traité par la méthode expectante; d'abord la langue resta rouge et très-sèche, puis on la vit peu à peu recouvrer son aspect naturel, en même temps que s'amendèrent les autres symptômes. Il en fut de même chez les sujets des observations CXXVII et CXLII. Chez tous deux, la sécheresse de la langue parut ou augmenta à la suite de saignées, et chez tous deux aussi elle reprit graduellement son humidité et sa teinte vermeille, une fois qu'on eut abandonné la maladie à la nature. Saburrale chez le sujet de l'observation CXXVI, la langue ne fut pas non plus chez lui modifiée par les saignées; la méthode expectante la ramena peu à peu à son état naturel. Rouge et plus ou moins sèche, à l'époque de l'entrée, chez les sujets des observations LXIX, LXXI, LXXII, LXXIII, LXXV, LXXXIII, la langue reprit peu à peu chez tous son aspect normal, sans qu'aucune médication active eût été employée. Chez les sujets des observations LXX, LXXVIII, LXXIX, la couleur brune ou noire de la langue disparut également sous la seule influence de la diète et des délayants, aucun autre traitement n'ayant été non plus antécédemment employé. Chez quelques autres, enfin (obs. LXVI, LXVII, LXXIV), l'enduit blanchâtre uniforme qui couvrait la langue disparut, sans qu'on prescrivît autre chose que la diète et l'emploi des boissons acidules ou mucilagineuses.

La diarrhée n'a ni augmenté ni diminué par la méthode expectante, chez les sujets des obs. XV, XVI, XVII, XX, XXVIII, LXXVI, XC, CXX, CXXXV. Elle a paru pour la première fois, pendant que le malade était soumis à cette méthode, chez le

sujet de l'obs. XXXV. Elle a augmenté d'abord chez le sujet de l'obs. XXXVII; puis, après une application inutile de sangsues à l'anus, elle a cessé peu à peu. Enfin, sous l'influence de la simple expectation, la diarrhée a graduellement diminué chez les sujets des obs. XII, LXVI, LXVII, LXVIII, LXX, LXXI, LXXII, LXXIV, LXXV, LXXVII, LXXVIII, CXVI, CXVII, CXXI, CXXIII, CXXIV, CXXV, CXXVI. Parmi ces derniers malades, les uns n'avaient été soumis à aucun traitement actif; d'autres avaient d'abord subi des émissions sanguines, qui n'avaient eu sur la diarrhée aucune influence manifeste. Chez le sujet de l'obs. LXXIV, un de ceux qui furent soumis exclusivement à la méthode expectante, la diarrhée disparut brusquement, en même temps qu'une sueur s'établit.

Le météorisme apparut avant qu'aucune médication active n'eût été employée, chez les sujets des observations XXI, XXVIII, XLVII.

Le seul emploi de la diète et des boissons délayantes a été suivi de la disparition lente ou rapide du mouvement fébrile, chez les sujets des observations LXVI, LXVII, LXVIII, LXIX, LXX, LXXI, LXXII, LXXIII, LXXIV, LXXV, LXXVI, LXXVII, LXXVIII, LXXIX, LXXX. Ce même traitement a fait cesser la fièvre, après qu'on avait inutilement mis en usage soit les émissions sanguines (obs. CXXIII, CXXIV, CXXV, CXXVI), soit les évacuants (obs. CI, CIII, CXXVI), soit les toniques (plusieurs observations).

Les lésions de l'appareil respiratoire n'ont pas été plus communes chez les individus traités par les simples délayants que chez ceux soumis à une médecine plus active. Une fois développées, les pneumonies, lorsqu'elles ont été reconnues, n'ont pas été généralement abandonnées à elles-mêmes.

Quelques individus, chez lesquels prédominaient les symptômes nerveux, ont été soumis exclusivement à la méthode expectante (obs. XXI, LXXVIII, LXXIX, CVIII); chez les sujets des

observations LXXVIII, LXXIX, CVIII, la stupeur, le délire, la prostration, le coma disparurent, pendant que les malades ne faisaient autre chose que boire de l'eau d'orge. Chez d'autres (obs. XXXVII, CXXXI, CXL), ces mêmes symptômes, vainement combattus par des émissions sanguines, se dissipèrent peu à peu sous l'influence d'une simple méthode expectante. Chez d'autres (obs. XX, XXI, XXIX, XXX, XXXIII, LXIII), cette méthode, d'abord employée seule, n'empêcha pas les symptômes nerveux de paraître et de s'accroître ; mais, chez ces malades, les autres méthodes qu'on lui substitua (antiphlogistiques ou toniques) ne furent pas plus avantageuses. Enfin, chez quelques-uns (obs. CXXXIV, CXXXV, CXXXVI), les symptômes nerveux, qui s'étaient développés de plus en plus, pendant que les simples boissons délayantes étaient administrées, disparurent en même temps qu'à l'usage de ces boissons l'on substitua l'emploi des toniques.

On a accusé tour-à-tour le traitement antiphlogistique et le traitement tonique de produire les pétéchies. Cependant, chez plusieurs de nos malades (obs. XVII, XX, LXXVII, LXXVIII, CVIII, CXXIV, CXXXVIII, CXLII), ces taches apparurent à une époque où, chez eux, aucun traitement actif n'avait été encore employé. Une éruption de sudamina parut aussi chez le sujet de l'observation LXXV, lorsqu'il n'avait pris encore que de la tisane d'orge.

§ II. TRAITEMENT PAR LES ÉMISSIONS SANGUINES.

Les émissions sanguines ont été mises en usage chez un très-grand nombre de nos malades. Manifestement avantageuses chez un certain nombre, elles ont été inutiles chez d'autres, et chez plusieurs même leur emploi a été suivi si rapidement d'une exaspération des symptômes, que nous avons été portés,

dans plus d'un cas, à la leur attribuer. Toutefois, il ne faudrait pas perdre de vue plusieurs circonstances qui ont pu contribuer à rendre beaucoup moins efficaces les émissions sanguines pratiquées chez ces malades. En première ligne, il faut placer l'époque avancée à laquelle plusieurs malades furent saignés pour la première fois ; quelques-uns présentaient déjà un état de prostration qui presque toujours s'accrut après la saignée. Chez un certain nombre, les saignées parurent nuire par leur grande abondance ; chez d'autres, au contraire, les piqûres de sangsues donnèrent si peu de sang, que les avantages ou les inconvénients qui suivirent leur application ne purent leur être raisonnablement attribués. Enfin, dans beaucoup de cas, il fut difficile de distinguer l'influence réelle exercée par les émissions sanguines, parce qu'elles ne furent pas seules employées, et que souvent, soit en même temps qu'on y avait recours, soit avant ou après, on mettait en usage d'autres moyens, tantôt les révulsifs cutanés, tantôt les toniques et les excitants intérieurs, tantôt les évacuants.

Plusieurs malades ne présentaient encore aucun symptôme grave, lorsqu'ils furent saignés; ils offraient l'ensemble des symptômes de la fièvre dite inflammatoire ou bilieuse ; après la saignée, l'état de quelques-uns s'aggrava subitement : cela eut lieu surtout chez les individus qui font le sujet des observations IV, VI, XII, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXIX, XXX, XXXII, XXXIII, XXXIV, XXXV, XXXVI, XL, XLIII. Chez d'autres, on n'observa d'abord aucun changement, puis la maladie marcha peu à peu vers une terminaison fatale. Dans ce cas, les émissions sanguines n'eurent qu'une influence purement négative ; elles n'enrayèrent pas le mal, mais il est douteux qu'elles aient contribué à l'augmenter. Il en fut ainsi surtout chez les individus qui font le sujet des observations I, II, III, VII, VIII, IX, XIV, XXI, XXII, XXIII, XXXI, XXXVIII, XL, XLVI,

LX. Le nombre des malades chez lesquels l'affection s'aggrava immédiatement après les émissions sanguines, fut plus considérable que le nombre de ceux chez lesquels l'affection continua seulement à marcher comme avant que les malades eussent perdu du sang.

Chez les sujets des observations VII, XXXV, XLIII, la première émission sanguine fut suivie d'un mieux notable, qui disparut après qu'on eut réitéré la saignée.

Sur trente-cinq sujets soumis aux émissions sanguines, et dont la maladie se termina par la mort, sept furent saignés au début de l'affection, du premier au quatrième jour (obs. XXII, XXIII, XXXI, XXXIV, XXXVI, XLIII).

Neuf perdirent du sang du quatrième jour exclusivement au huitième inclusivement (obs. II, III, IV, VI, XIX, XXI, XXVII, XXXVI, XL).

Chez cinq individus, les émissions sanguines furent faites du huitième au douzième jour (obs. XVI, XXIV, XXV, XXVI, XXXV).

Chez trois, elles furent pratiquées du douzième jour au seizième (obs. VII, IX, XXX).

Chez les autres, du sang fut tiré à des époques que nous ne pûmes pas rigoureusement préciser ; mais, chez la plupart, ce fut à une période éloignée du début de la maladie.

Parlons maintenant d'autres malades qui guérirent après avoir été soumis, comme les précédents, à un plus ou moins grand nombre d'émissions sanguines. Chez tous, la saignée fut loin d'avoir la même influence. Les uns, en effet, présentèrent un amendement subit après avoir perdu du sang ; chez eux, il n'est guère possible de douter que cette perte de sang n'ait été utile. Il en fut ainsi chez treize sujets (obs. C, CVI, CVII, CX, CXI, CXII, CXIII, CXIV, CXV, CXVII, CXVIII, CXXV, CXXXIII). Mais chez aucun de ces treize sujets, si ce n'est chez celui de

l'observation CXII, la maladie ne fut tout-à-coup enlevée par la saignée; seulement ses symptômes s'amendèrent, et peut-être sa durée fut abrégée. Il n'est donc pas si commun de voir une maladie arrêtée subitement et comme jugulée par les émissions sanguines : une telle prétention ne peut guère soutenir l'épreuve clinique.

Chez le sujet de l'observation CX, une première application de sangsues à l'anus ne fut suivie d'aucun changement; on en fit une seconde, et une prompte amélioration eut lieu.

Chez le sujet de l'observation CXVIII, aucun amendement ne suivit une première saignée, faite le sixième jour; à la suite d'une seconde, pratiquée du huitième au neuvième jour, tous les symptômes disparurent subitement, en même temps que se manifesta une sueur.

Chez un autre (obs. CXIV), la maladie s'amenda après une première saignée; puis, très-peu de temps après, on observa une nouvelle exaspération de symptômes, qui disparut à la suite d'une application de sangsues.

Parmi ces treize malades, quelques-uns furent saignés dans les premiers jours de l'affection; mais d'autres ne le furent que vers le septième ou huitième jour (obs. CII, CXII, CXIII, CXIV, CXXV); d'autres à une époque encore plus avancée, comme vers le quatorzième jour (obs. CXVII). Chez la jeune fille dont il est question dans l'observation CXXXIII, de nombreuses applications de sangsues furent faites pendant tout le cours de sa maladie; on les continua à une époque où la prostration était déjà considérable.

Il nous reste à examiner l'influence exercée par les émissions sanguines chez les vingt-six autres individus qui guérirent aussi après avoir perdu plus ou moins de sang. Bien différents des treize précédents, ils ne présentèrent aucun amendement, immédiatement après qu'ils eurent été saignés. Ainsi, nous

vîmes la maladie poursuivre sa marche, puis diminuer progressivement, sans paraître en aucune manière avoir été influencée par le traitement, chez les sujets des obs. CI, CII, CIX, CXVI, CXVIII, CXIX, CXX, CXXI, CXXII, CXXIII, CXXIV, CXXVII, CXXVIII, CXXX, CXXXII, CXXXV, CXXXVIII, CXXXIX, CXL, CXLII. Parmi ces sujets, il en est deux cependant chez lesquels les émissions sanguines parurent être utiles, non contre la maladie principale elle-même, mais pour arrêter les progrès d'une pneumonie qui vint la compliquer (obs. CXXII, CXXIII).

Enfin, chez quelques autres individus, la maladie s'aggrava si subitement à la suite des émissions sanguines, qu'elles nous parurent y avoir contribué; et l'amélioration ne commença à se manifester qu'un certain temps après qu'on eut cessé d'y avoir recours (obs. CXXIX, CXXXI, CXXXVII, CXLIII, CXLIV, CXLV, CXLVI).

Chez ces vingt-six individus, les saignées furent pratiquées rarement au début, et le plus souvent à une époque déjà avancée de l'affection : elles furent mises en usage, pour la première fois, le troisième jour (obs. XCVI); le quatrième jour (obs. CXXX, CXXXI, CXLVI); le cinquième jour (obs. CXXXII); le sixième jour (obs. CXVIII, CXIX, CXX, CXXVII, CXLIII); le septième jour (obs. CI); le huitième jour (obs. CII, CXXVIII, CXXX, CXXXI); après le huitième jour (obs. CXVI, CXXI, CXXII, CXXIII, CXXIV, CXXVIII, CXXIX, CXXXIX, CXL, CXLII, CXLIV, CXLV).

Ainsi, en résumé, sur quatre-vingts individus à peu près atteints de fièvres continues légères ou graves, et traités par les émissions sanguines locales ou générales, nous n'en trouvons que seize chez lesquels un amendement notable, qu'on ne peut révoquer en doute, suit immédiatement l'ouverture de la veine ou l'application des sangsues; et encore, sur ces seize sujets, il en est trois chez lesquels l'amélioration disparaît après qu'on a réitéré la saignée. Remarquez encore que, dans deux ou trois

de ces seize cas, tout au plus, la maladie s'arrête tout-à-coup après la saignée; que dans tous les autres elle ne fait que s'amender, et que d'ailleurs cet amendement est surtout marqué, lorsque l'époque où la saignée est pratiquée coïncide avec celle où, chez nos malades traités par la simple méthode expectante, nous avons vu qu'un pareil amendement tendait à s'établir d'une manière spontanée.

Sur les individus qui restent, nous en trouvons trente-quatre chez lesquels, après une ou plusieurs émissions sanguines, la maladie n'en continue pas moins sa marche pour se terminer par la mort ou par le retour à la santé. Ici la saignée n'a plus aucune influence immédiate; mais il est permis de penser que, dans plusieurs de ces cas, elle a pu préparer l'heureuse issue de la maladie.

Chez vingt-quatre autres, on observe, à la suite des émissions sanguines, une exaspération de la maladie aussi immédiate et aussi tranchée que l'avait été l'amélioration chez les seize individus ci-dessus mentionnés; de telle sorte que le même raisonnement qui nous porte à attribuer aux émissions sanguines le bien qu'ont éprouvé ces derniers, doit aussi nous faire admettre que ce sont les émissions sanguines qui ont aggravé l'état des premiers. Pour nous, nous tiendrons compte de tous ces faits; nous méditerons tous les détails de chaque observation, afin d'y découvrir les circonstances qui ont pu amener des résultats si divers. Mais nous saurons que nous n'avons posé que quelques pierres d'attente, et nous attendrons que des matériaux bien autrement nombreux aient été amassés, pour que nous nous croyons en droit de prononcer sur le bien comme sur le mal, qui, dans ces cas divers, peut être attribué aux émissions sanguines.

Étudions maintenant quelle a été l'influence exercée par les émissions sanguines sur quelques-uns des désordres fonction-

nels les plus saillants qu'on observe dans le cours des fièvres; et d'avance disons que, dans un grand nombre de cas, ces désordres de fonctions, ainsi examinés un à un, se sont trouvés être beaucoup moins modifiés par les saignées, qu'on n'eût été porté à l'admettre *à priori*.

C'est ainsi que, chez un grand nombre de nos malades, l'anorexie, le mauvais goût de la bouche, ne diminuèrent pas après qu'on leur eut ouvert la veine ou qu'on leur eut appliqué des sangsues, soit sur les parois abdominales, soit à l'anus (obs. CIX, CX, CXII, CXIII, CXIV, CXV, CXVI, CXVII, CXVIII, CXIX, CXX, CXXI, CXXII).

Dans plusieurs cas où existait une douleur assez vive, augmentant par la pression, soit à l'épigastre, soit à la région iléo-cœcale, soit autour de l'ombilic, soit dans toute l'étendue de l'abdomen, les émissions sanguines ont été immédiatement suivies de la disparition de cette douleur (obs. C, CXI, CXIV, CXVII, CXXII). Chez le sujet de l'obs. C, une saignée générale fut seulement pratiquée. Sur les quatre autres, des sangsues furent appliquées, soit à l'anus, soit sur les parois abdominales. Le sujet de l'obs. CXXII avait à l'épigastre une douleur très-vive, qui ne se fit plus sentir dès que cette région eut été couverte de sangsues. Le sujet de l'obs. CXI accusait dans tout l'abdomen des douleurs qui s'étaient exaspérées à la suite de l'administration d'un vomitif; il présenta cette particularité, que les sangsues, au lieu d'être appliquées sur le ventre ou à l'anus, furent mises sur chaque partie latérale du thorax, pour combattre une toux pénible qui avait lieu; le lendemain de cette application de sangsues faite en un lieu insolite, il n'y avait plus de trace de la douleur abdominale.

Mais, dans tous les cas où nous avons rencontré cette douleur, il s'en faut qu'on soit ainsi parvenu à l'enlever par des émissions sanguines. Elle devint seulement moins intense, mais

ne disparut pas, à la suite d'une saignée générale, chez le sujet de l'obs. CXVI. Elle persista dans toute sa force chez les sujets des obs. CXVIII, CXXXI, dont la veine fut ouverte, mais qui n'eurent pas de sangsues. Chez le malade dont il est question dans l'obs. CXXXV, la douleur générale dont l'abdomen était le siége persista aussi, après qu'une saignée générale eut été pratiquée; mais elle disparut à la suite d'une application de sangsues à l'anus.

Les différents aspects que présente la langue dans les fièvres peuvent se trouver bien diversement modifiés à la suite des émissions sanguines, ainsi que le résumé suivant va nous le montrer.

Ier CAS.

Langue couverte d'un enduit blanc ou jaune, sans trace de rougeur, et avec conservation de son humidité.

Dix-neuf individus présentaient cet aspect de la langue, lorsque chez eux des émissions sanguines commencèrent à être pratiquées.

Chez dix d'entre eux, la langue ne changea pas d'aspect à la suite des saignées; elle conserva l'enduit qui la recouvrait (obs. IV, XXXIV, XL, CII, CXII, CXVI, CXXI, CXXVI, CXXVIII, CXXX, CXL).

Chez sept autres, on remarqua immédiatement après que des émissions sanguines eurent été pratiquées, un changement bien remarquable dans l'aspect de la langue; elle rougit tout-à-coup, ou bien se sécha et noircit (obs. XIV, XV, XVIII, XXII, XXXII, CXXXVII, CXLIII).

Enfin, chez deux seulement de ces dix-neuf individus, la langue, à la suite des saignées, se dépouilla de son enduit

pour reprendre son aspect naturel (obs. CXI, CXXXV), et encore faut-il remarquer que, chez le sujet de l'obs. CXI, ce retour de la langue à son état normal n'eut pas lieu subitement.

IIe CAS.

Langue rouge, avec ou sans mélange d'enduit, et conservation de son humidité (1).

Vingt-trois individus présentaient cet aspect de la langue, lorsqu'ils commencèrent à être traités par les émissions sanguines.

Chez huit d'entre eux, la langue ne se modifia pas à la suite des saignées (obs. I, VII, VIII, XXI, CI, CXX, CXXIV, CXXXIII).

Chez trois autres, elle se sécha immédiatement après que les individus eurent perdu du sang (obs. XVII, XIX, CXX, CXXXII). Chez le sujet de l'obs. CXXII, elle se sécha aussi à la suite de deux saignées pratiquées coup sur coup. Cependant, malgré ce signe fâcheux, on en fit une troisième, à la suite de laquelle la langue, non-seulement recouvra son humidité, mais perdit sa rougeur.

Chez le sujet de l'obs. CXLVI, la langue se couvrit d'un enduit jaunâtre épais, après que, chez lui, la veine eut été ouverte.

Enfin, chez dix de ces vingt-trois individus, les émissions sanguines furent rapidement suivies du retour de la langue à son état normal (obs. XXXV, CVI, CXIII, CXIV, CXV, CXVI, CXVIII,

---

(1) Nous comprenons dans ce second cas, 1° les langues qui, dans toute leur étendue, sont d'un rouge uniforme plus ou moins vif, sans qu'aucun enduit les recouvre; 2° celles qui offrent un enduit blanc ou jaune pointillé de rouge; 3° celles qui, blanches ou jaunes à leur centre, présentent de la rougeur sur leurs bords ou à leur pointe.

CXIX, CXXIV, CXXXVIII.) Chez les sujets des obs. XXXV, CLXVI, CXXXVIII, des sangsues furent appliquées, à l'anus (obs XXXV, CXXXVIII); sur les parties latérales de la poitrine (obs. CVI). Chez les autres, on ne pratiqua que des saignées générales.

IIIe CAS.

Langue sèche, soit avec couleur rouge uniforme, soit avec pâleur, soit avec présence d'enduits blancs ou jaunes à sa surface.

Dix-neuf individus présentaient cet aspect de la langue, lorsqu'ils furent saignés.

Chez quatre d'entre eux, la langue ne se modifia pas à la suite de l'émission sanguine (obs. II, III, XXIX, CXXXI). Chez un cinquième (obs. XLV), la langue s'humecta d'abord à la suite d'une application de sangsues à l'anus; puis elle ne tarda pas à reprendre sa sécheresse, qu'une seconde application de sangsues ne fit pas disparaître.

Chez dix sujets, la langue devint plus sèche, ou noircit, à la suite de la saignée (obs. XI, XXIV, XXVI, XXX, XXXIII, XXXVI, CX, CXXIX, CXLII, CXLV). Chez le sujet de l'obs. XXXVI des applications de sangsues furent faites plusieurs jours de suite à l'épigastre.

Chez quatre sujets seulement, la langue s'humecta, immédiatement après l'émission sanguine (obs. C, CVII, CIX, CXIX). Chez le sujet de l'obs. CIX, la sécheresse de la langue ne disparut pas, après la première perte de sang. Loin de là, la langue commença par devenir plus sèche, à la suite d'une première application de sangsues à l'anus; elle s'humecta, mais échangea l'enduit jaune qui la recouvrait contre une teinte d'un rouge vif après une saignée générale; elle reprit enfin son état normal, à la suite d'une deuxième application de sangsues à l'anus.

IVe CAS.

Langue fuligineuse, avec ou sans encroûtement des lèvres et des dents (1).

Quatre individus seulement ont été soumis aux émissions sanguines, avec un pareil aspect de la langue.

Chez trois d'entre eux, cet aspect persista après la saignée. Toutefois chez l'un de ces trois individus la langue, sans avoir perdu sa teinte noire, parut plus humide le lendemain du jour où une application de sangsues eut été faite à l'anus, et, comme sur-le-champ on commença l'emploi d'une médication tonique, les effets ultérieurs de l'émission sanguine relativement à la langue ne purent plus être appréciés.

Chez le quatrième sujet (obs. VI) les fuliginosités de la langue augmentèrent, après que quinze sangsues eurent été appliquées à l'anus.

Quarante-cinq malades ont été soumis à des émissions sanguines, pendant qu'existait chez eux une diarrhée plus ou moins abondante.

Sur ces quarante-cinq individus, il y en a dix-neuf chez lesquels la veine a été ouverte une ou plusieurs fois, et vingt-six autres chez lesquels des sangsues ont été appliquées en divers points, dans dix-neuf cas à l'anus (une ou plusieurs fois), dans

---

(1) Depuis que ces observations ont été recueillies, nous avons souvent essayé l'application des sangsues à l'anus et surtout à l'épigastre chez des individus dont la langue était sèche et noire, ou seulement visqueuse et brune; et le souvenir général qui nous est resté de semblables essais, c'est que, dans la très-grande majorité des cas, les émissions sanguines n'exercent au moins aucune influence favorable sur cet état de la langue. C'est là, d'ailleurs, ce qu'a établi M. Broussais.

trois cas sur les parois abdominales, dans quatre cas ailleurs que sur l'abdomen ou à l'anus, soit derrière les oreilles, soit au cou, soit sur la poitrine.

Étudions successivement l'influence exercée sur la diarrhée par ces divers modes d'émissions sanguines.

1°. *Saignée générale.*

Elle n'a exercé aucune influence sur la diarrhée chez les sujets des observations III, IX, XXX, XLIII, CXIII, CXVI, CXX, CXXII, CXXV, CXXVIII, CXXX.

Elle a été suivie d'une légère diminution du cours de ventre, mais elle ne l'a pas fait cesser chez les sujets des observations XVII et CXVII.

Enfin, la diarrhée a augmenté à la suite de l'ouverture de la veine chez les sujets des obs. XIX, XXII, CIX, CXXIII, CXLIII.

Ajoutons que chez quelques malades qui n'avaient pas de dévoiement au moment où on les saigna, l'ouverture de la veine n'empêcha pas ce dévoiement de s'établir (obs. XXXII, CXIV, CXXXV).

2°. *Application des sangsues.*

Faite à l'anus, cette application n'a pas empêché la diarrhée de persister chez les sujets des observations VIII, XXXV, XXXVII, XLV, CXXIX, CXXXV, CXLIV.

La diarrhée a augmenté à la suite de cette application chez le sujet de l'observation CXLIII.

Elle a diminué chez les sujets des observations CI, CVII, CIX, CXI, CXIII, CXXIII.

Elle a cessé, immédiatement après l'application des sangsues, chez les sujets des observations CX, CXII, CXVI, CXXXVIII.

Appliquées dans trois cas sur les parois abdominales, une fois à la région iléo-cœcale et deux fois à l'épigastre, les sangsues, dans aucun de ces trois cas, n'ont exercé d'influence sur la diarrhée (obs. XXIII, CXVII, CXXIV).

Enfin dans les quatre cas où l'application de sangsues a été faite ailleurs que sur l'abdomen ou à l'anus, il n'en est non plus résulté aucune modification du cours de ventre (obs. XI, XV, CXLI).

Ainsi, sur vingt-six individus qui perdent du sang par d'autres voies que par l'anus, il n'y en a aucun chez lequel la diarrhée cesse; chez deux seulement, elle subit une diminution légère, et chez plusieurs, elle augmente.

Sur dix-neuf individus qui perdent du sang par l'anus, nous en trouvons dix chez lesquels la diarrhée diminue ou cesse immédiatement; elle augmente chez un seul, mais il y en a encore sept chez lesquels elle persiste.

Une hémorrhagie intestinale eut lieu chez le sujet de l'observation XXX, après qu'il eut été saigné plusieurs fois de suite.

Le météorisme, qui, dans les fièvres graves, a été souvent regardé comme un simple produit de l'irritation intestinale (1), est un des phénomènes de ces maladies contre lesquels les émissions sanguines nous ont paru être le moins avantageuses. On en jugera par les résultats suivants.

Pratiquées pendant que le météorisme existait, les émissions sanguines ne l'ont pas fait cesser, ou ne l'ont pas même empêché d'augmenter (obs. III, XXIV, XXXIII, CXLIII). Chez les sujets des observations III, XXIV, XXXIII, des sangsues furent appliquées à l'anus, chez celui de l'observation XXXIII, elles furent placées au cou, et de plus, chez le sujet de l'observation III, la veine fut ouverte.

Pratiquées à une époque où le météorisme n'existait point encore, les émissions sanguines, soit générales, soit locales,

---

(1) Nous avons plus haut discuté cette opinion, contre laquelle plus d'une objection peut être faite.

ont été rapidement suivies de l'apparition de cet accident chez les sujets des observations II (saignées et sangsues à l'anus), VII (saignée), XIII (sangsues au cou), XVI (*idem*), XVIII (*idem*), XIX (saignées générales répétées), XXI (sangsues à l'anus et sur la poitrine), XXII (saignées et sangsues sur la poitrine), XVI (sangsues à l'anus), XXX (saignée générale), XXXII (*idem*), XXXVI (sangsues à l'anus), XXXVII (*idem*), CXXXI (saignée générale), CXXXII (saignée générale et sangsues à l'anus), CXXXV (saignée générale).

Nous noterons d'ailleurs que sur les soixante-quatorze malades auxquels des émissions sanguines ont été pratiquées, il n'y a que les seize individus précédents chez qui nous ayons vu le météorisme paraître à la suite de ces émissions; il serait donc au moins très-prématuré de dire qu'elles ont concouru à sa production, et tout ce qu'on peut conclure, c'est que, dans ces seize cas, les émissions sanguines n'ont pas empêché le développement du météorisme. Nous verrons plus bas comment ce phénomène s'est modifié, chez nos malades, sous l'influence d'un traitement tout différent du traitement antiphlogistique.

Le mouvement fébrile n'a brusquement cessé, à la suite des émissions sanguines, que chez un très-petit nombre des malades qui les ont subies (obs. CVI, CVII, CX, CXI, CXII, CXVII, CXVIII).

Chez d'autres, la fièvre a seulement diminué, à la suite de la perte de sang (obs. IV, XCIV, CXXII, CXXV, CXXX, CXXXVIII).

Chez quelques-uns, elle s'est montrée plus intense immédiatement après la saignée (obs. IX, XV, CXIX, CXXIII).

Ce qu'on observa surtout chez plusieurs, ce fut une accélération de plus en plus grande du pouls, à mesure qu'on répéta les émissions sanguines, ou immédiatement après qu'une seule saignée eut été pratiquée (obs. VIII, XIV, XV, XXXVI, XXXVII, XLIII).

Mais chez le plus grand nombre, le mouvement fébrile n'a présenté, à la suite de la perte de sang, aucune modification immédiate et qu'on pût lui rapporter. Il a persisté comme auparavant; puis, sans avoir paru en aucune façon directement influencé par la saignée, il a peu à peu ou augmenté ou diminué (obs. I, II, III, VII, XI, XVI, XVIII, XXV, XLV, CIX, CXIII, CXIV, CXV, CXVII, CXIX, CXX, CXXI, CXXIII, CXXIV, CXXVI, CXXVII, CXXVIII, CXXIX, CXXX, CXXXIII).

Les symptômes nerveux qu'ont présentés nos malades ont été souvent combattus par les émissions sanguines. Il s'en faut que l'emploi de ce moyen ait été constamment suivi d'heureux résultats, ainsi qu'on va le voir.

Ces symptômes n'ont pas diminué à la suite d'émissions sanguines plus ou moins répétées chez les sujets des observations II, III, VIII, XII, XXXIII, CXL.

Ils se sont amendés chez les sujets des observations CXVII, CXVIII, CXX, CXXXIII, CXXXVIII.

Ils se sont exaspérés chez les sujets des observations VI, VII, XVII, XXVII, XXX, XXXV, XXXVI, XXXVII, XL, XLIII, CXXXVII, CXLII, CXLIII, CXLIV, CXLV.

Ainsi sur vingt-sept individus qui sont saignés pendant qu'ils présentent ces troubles divers de l'innervation, dont chaque observation particulière retrace les particularités, il y en a seulement cinq chez lesquels les désordres nerveux diminuent; chez sept, ces désordres ne paraissent être en aucune façon influencés par la saignée, et, chez quinze, ils s'aggravent immédiatement après que les individus ont subi une ou plusieurs pertes de sang.

Si nous voulions sortir du cercle des faits particuliers que contient ce volume, nous dirions que, dans beaucoup d'autres cas semblables, où nous avons essayé aussi d'opposer les émissions sanguines aux symptômes nerveux des fièvres graves,

nous sommes arrivés aux mêmes résultats, et toujours nous avons vu ces symptômes céder quelquefois aux saignées, mais le plus souvent leur résister, et tantôt d'ailleurs ne pas simplement s'amender, tantôt aussi s'exaspérer d'une manière notable à la suite de chaque émission sanguine. De pareils faits se sont présentés si fréquemment à notre observation, qu'il nous est resté la conviction profonde, que non-seulement les saignées répétées ne font pas toujours cesser les symptômes nerveux des fièvres graves, mais que plus d'une fois elles exercent une influence directe sur l'exaspération de ces symptômes. Et notez bien que cette exaspération n'a pas lieu seulement dans les cas où les individus sont prostrés et plongés dans la stupeur, où chez eux, en un mot, prédomine ce qu'on a appelé l'état adynamique; cette exaspération, à la suite des émissions sanguines, se montre également chez plusieurs sujets dont les forces sont loin de paraître épuisées, qui présentent du délire, diverses aberrations de la sensibilité ou de la motilité, et chez lesquels se dessine surtout ce qu'on a appelé l'état ataxique.

Il nous a paru aussi que, dans presque tous les cas, lorsqu'on n'obtient aucune amélioration, ou que les symptômes nerveux augmentent à la suite des deux premières émissions sanguines, il y a danger à les répéter encore.

Mais ce n'est pas tout : les observations consignées dans ce volume nous ont montré un certain nombre de cas dans lesquels les symptômes nerveux se sont développés immédiatement après que les malades avaient été saignés. C'est ce qui est arrivé chez les sujets des observations I, IV, XIV, XV, XXII, XXIV, XXV, XXVI, XXXII, XXXIV, CXXX, CXXXI, CXXXII, CXXXV, CXLVI.

De ces derniers faits tirerons-nous simplement la conséquence que les saignées, pratiquées à une époque où l'inner-

vation n'offre encore aucun désordre, n'empêchent pas cette fonction de se troubler plus tard? Ces faits ne nous porteront-ils pas aussi à rechercher si, dans certains cas, la perte de sang que subit un individu n'est pas la cause directe, immédiate, des désordres d'innervation qu'il vient à présenter? Ce que nous avons vu à cet égard ne nous permet guère de douter qu'il en soit quelquefois ainsi. Mais, pour résoudre définitivement de pareilles questions, combien de faits n'est-il pas encore nécessaire d'accumuler!

Il est d'ailleurs bien d'autres phénomènes des fièvres graves à l'occasion desquels doivent se reproduire les questions que nous venons de poser. Quelle influence, par exemple, les émissions sanguines exercent-elles sur les épistaxis, qui si souvent apparaissent à diverses périodes de ces maladies? En relisant, sous ce rapport, nos observations, nous trouvons un certain nombre de cas dans lesquels les hémorrhagies nasales sont survenues après que des émissions sanguines plus ou moins abondantes avaient été pratiquées (obs. XIX, CXIV, CXXXIII, CXXXIX, CXLV). Nous trouvons d'autres cas dans lesquels, malgré les saignées employées pour les combattre, les épistaxis semblent devenir de plus en plus fréquentes, à mesure qu'on revient à l'ouverture de la veine ou à l'application des sangsues (obs. XXVI, CXXVII) (1).

---

(1) Dans aucun des cas particuliers d'où j'ai déduit les généralités qu'on vient de lire, les émissions sanguines n'ont été employées *coup-sur-coup*, suivant la méthode mise en usage par mon savant collègue le professeur Bouillaud. Depuis deux ans, je m'occupe de constater par l'observation les avantages et les inconvénients de cette méthode; et comme je sens profondément combien est difficile la solution de toutes les questions qui s'y rattachent, je me suis fait un devoir de ne soumettre au public les résultats auxquels j'arrive chaque jour, que lorsque j'aurai recueilli une assez grande masse de

§ III. TRAITEMENT PAR LES ÉVACUANTS.

Quarante-six de nos malades ont été soumis à ce traitement, dix ont pris seulement des purgatifs, et trente-six ont pris des substances vomitives, le plus souvent seules, et quelquefois unies à des cathartiques.

Chez les dix individus qui n'ont été que purgés, on a observé les résultats suivants :

Un seul en a éprouvé une influence salutaire (obs. LXXXV); mais ce sujet se trouvait placé dans des conditions toutes spéciales. La cause de la fièvre et des autres symptômes graves qui existaient chez lui résidait dans une ancienne accumulation de matières fécales, et on le guérit en l'en débarrassant.

Chez quatre autres (obs. CVIII, CXXIII, CXXXII, CXLIX), les purgatifs administrés soit au début de la maladie, soit pendant son cours, n'en enrayèrent point la marche, mais ils ne parurent pas non plus exercer sur elle une influence directement nuisible. Toutefois dans ces quatre cas la maladie se termina par la mort.

Chez cinq autres sujets, l'administration des purgatifs donnés par la bouche ou en lavement fut suivie d'une exaspération plus ou moins immédiate des symptômes (obs. XIV, XXXIV, XXXVI, XL, XLI). L'individu dont il est question dans l'observation XXXIV prit un grand nombre de laxatifs pendant toute la durée de sa maladie. Chez ces cinq sujets l'affection se termina aussi par la mort.

---

faits de ce genre, pour qu'il reste le moins de chances possibles à l'erreur, dans les conséquences que je croirai devoir en tirer. (Note de la quatrième édition).

Des trente-six malades qui prirent spécialement des substances vomitives, trois n'éprouvèrent de ces médicaments aucune modification notable (obs. CI, CIII, CV); onze virent leur état s'aggraver, soit immédiatement (obs. IV, X, XV, XLIV, CVII, CXXVI, CXXXVI, CXLVI), soit après un amendement qui ne fut que passager (obs. X, CVI, CXXXIX). Vingt-deux guérirent rapidement après avoir pris le tartre stibié ou l'ipécacuanha (obs. LXXX, LXXXI, LXXXII, LXXXIII, LXXXIV, LXXXVI, LXXXVII, LXXXVIII, LXXXIX, XC, XCI, XCII, XCIII, XCIV, XCV, XCVI, XCXII, XCVIII, XCXIX, C, CII, CIV).

Dans la plupart des cas de cette troisième série, le changement en bien qui suivit l'administration du vomitif fut si prompt, si tranché, qu'il est impossible de se refuser à admettre que la médication n'ait eu ici une part active à la guérison. Mais gardons-nous de croire que ce soit dans une aussi forte proportion qu'existent réellement les cas de guérison par les vomitifs. Cette proportion ne s'est montrée aussi considérable dans nos observations que parce qu'ayant dessein de prouver que non-seulement ces vomitifs sont souvent sans danger, mais que leur efficacité est parfois très-grande, il nous a bien fallu choisir, au milieu d'un très-grand nombre de faits, ceux dans lesquels cette efficacité pouvait être le moins contestée. Que si nous avions publié tous les cas observés par nous, dans lesquels des vomitifs ont été donnés, nous en eussions trouvé un grand nombre où nous aurions vu la maladie n'être pas plus influencée par les émétiques qu'elle ne l'a été dans d'autres cas par les émissions sanguines. Nous aurions trouvé aussi un nombre d'individus plus considérable que le nombre que nous avons cité, chez lesquels l'administration des vomitifs a été suivie d'une aggravation de la maladie.

Des résultats de chiffres donnés par les observations que contient ce volume, il ne faudrait donc pas conclure que le

traitement par les vomitifs guérit dans une proportion plus grande que d'autres traitements. Mais les conséquences qu'on doit en tirer, c'est que les vomitifs peuvent être impunément administrés dans un certain nombre de cas, et que dans d'autres ils ont été suivis d'une amélioration que vainement on avait cherché à obtenir, soit par la simple méthode expectante, soit même par les émissions sanguines. Quels sont maintenant les cas dans lesquels il convient d'avoir recours aux vomitifs? C'est ce que va nous apprendre l'examen de l'influence exercée par ces médicaments sur les principaux symptômes des fièvres.

Il est peu de désordres fonctionnels des voies digestives que nous n'ayons vus, dans nos observations, disparaître promptement à la suite de l'administration d'un vomitif.

Ainsi, l'anorexie, le mauvais goût de la bouche ont cessé après que des vomissements eurent été provoqués chez les sujets des observations LXXX, LXXXI, LXXXIII, LXXXIV, LXXXV, LXXXVI, LXXXVII, LXXXVIII, LXXXIX, XC, XCI, XCII, XCIII, XCIV, XCV, CXXXII.

Les nausées, les vomissements qui tourmentaient les malades des observations LXXXII, XCVI, XCVII, XCXIX, ne se montrèrent plus, une fois qu'ils eurent pris un vomitif.

A la suite de l'emploi de ce même moyen, nous vîmes s'évanouir la douleur à l'épigastre, la gêne ou la pesanteur vers la même région dont se plaignaient les individus dont il est question dans les observations LXXX, LXXXIII, XC, XCVI.

Les malades qui font le sujet des observations IV, X, XI, XXXIV, XL, LXXX, LXXXI, LXXXII, LXXXIII, LXXXIV, LXXXV, LXXXVI, LXXXVII, LXXXVIII, LXXXIX, XC, XCI, VCII, XCIII, XCIV, XCV, XCVI, XCVII, C, CXXVI, avaient la langue couverte d'un enduit blanc ou jaune plus ou moins épais, sans mélange d'aucune rougeur, sans contraction de son tissu charnu et avec conservation de

son humidité, lorsqu'ils prirent, soit un simple vomitif, soit plus rarement un éméto-cathartique.

Chez deux seulement de ces vingt-cinq malades (obs. XI, CXXVI), l'état de la langue devint plus mauvais après le vomitif; elle rougit et se sécha.

Chez six de ces mêmes malades, la langue resta ce qu'elle était avant que le vomissement n'eût été provoqué (obs. IV, XXXIV, XL, XCI, XCII, CII).

Chez les dix-sept autres, la langue reprit en vingt-quatre ou trente-six heures son aspect naturel (obs. X, LXXX, LXXXI, LXXXII, LXXXIII, LXXXIV, LXXXV, LXXXVI, LXXXVII, LXXXVIII, LXXXXI, XCIII, XCIV, CXVI, XCVII, XCVIII, CXIX).

La langue était couverte d'un enduit blanchâtre uniforme, comme chez les précédents, et de plus elle présentait un commencement de sécheresse chez le sujet de l'observation CXXXIX; on lui donna aussi un vomitif, et la langue revint rapidement à son état normal.

Au lieu d'être blanche ou jaune, sans mélange de rougeur, la langue offrait, soit une rougeur uniforme sans enduit, soit une teinte rouge de la pointe, des bords ou du centre, avec enduit sur ses autres parties, soit enfin un pointillé rouge général, chez les sujets des observations XC, C, CI, CII, CIII, CIV, CV, CVI, CXXXVI, CXLIV.

Malgré un pareil état de la langue, ces dix sujets furent également traités par les vomitifs.

Chez quatre de ces dix sujets (obs. XC, C, CXXIV, CXXXVI), la langue reprit son aspect naturel, peu de temps après qu'un émétique leur eût été donné, mais avec des circonstances qu'il est important de rappeler. Ainsi, chez le sujet de l'observation C, la langue présentait une blancheur pointillée de rouge, avec commencement de sécheresse; celle-ci disparut à la suite d'une saignée; ce fut alors qu'on donna un émétique qui pur-

gea sans faire vomir. Chez le sujet de l'observation CXXXVI, à la vérité, la langue perdit de sa rougeur après que le malade eut vomi; mais tout le reste s'aggrava. Chez le sujet de l'observation CXXIV, dont la langue présentait deux bandes blanches latérales, avec rougeur lisse de son centre, cette langue ne reprit son aspect naturel qu'après que se fût établie une sueur abondante à la suite de vomissements provoqués par six grains d'ipécacuanha.

Chez trois de ces dix mêmes malades, la langue ne subit aucun changement à la suite de l'administration du vomitif (obs. CI, CIII, CV).

Enfin, chez les trois autres, la langue rougit davantage ou se sécha après que les malades eurent pris un vomitif (obs. XCXIV, CVI, CVII, CXLVI).

Une diarrhée plus ou moins abondante existait chez seize individus, lorsqu'on les fit vomir (obs. IV, X, LXXXVI, LXXXVII, LXXXVIII, LXXXIX, XC, XCI, XCII, XCIII, XCIV, XCV, CI, CII, CVII, CXXXIX).

Chez deux seulement de ces seize individus, la diarrhée ne fut pas modifiée (obs. XCVI, CI).

Chez les quatorze autres, elle se suspendit; mais cette suspension n'eut pas toujours lieu de la même manière: tantôt la diarrhée cessa brusquement, et ne reparut plus; tantôt elle continua encore vingt ou trente heures, puis elle cessa. Dans plusieurs cas, elle parut plus abondante le jour même de l'administration de l'émétique, et le jour suivant elle disparut. D'autres fois, après avoir cessé immédiatement après que le vomissement eut été provoqué, elle reparut le lendemain ou le surlendemain, mais cette réapparition ne fut que momentanée. D'autres fois enfin, après s'être suspendue pendant les trente ou quarante heures qui suivirent le vomissement, elle se reproduisit et persista.

La diarrhée parut à la suite de l'administration d'un vomitif chez les sujets des observations XI, XIII, XV, CXXIII. Après avoir existé au commencement de la maladie, et avoir spontanément cessé, elle se montra de nouveau à la suite de l'administration du même médicament chez les sujets des observations CXXVI, CXXXVI.

On a beaucoup insisté dans ces derniers temps sur les cas dans lesquels, après un vomitif, les désordres fonctionnels des voies digestives viennent à se compliquer de fièvre. Mais, préoccupé qu'on était de la nocuité constante des émétiques, on a négligé de parler d'autres cas remarquables dans lesquels au contraire cette fièvre disparaît à la suite d'un vomitif. C'est cependant ce que nous ont montré plusieurs de nos observations (obs. LXXXI, LXXXII, LXXXIII, LXXXIV, LXXXIX, XC, XCII, XCIII, XCIV, XCV, XCVI, XCII, XCVIII, XCIX, CI, CIII). Parmi ces observations, ceux des obs. LXXXIV, XC, XCIII, CIV, eurent des sueurs abondantes après avoir vomi; mais ceux des autres observations ne suèrent pas. Chez tous, le mouvement fébrile cessa le jour même ou le lendemain de l'administration du vomitif.

A côté de ces observations, qui montrent l'heureuse influence que peut dans certains cas exercer un vomitif sur le mouvement fébrile, nous en citerons d'autres (obs. LXLII, CI, CIII, CVI, CVII, CVIII, CXXVI, CXXXVI, CXXXIX, CXLVI) dans lesquels la fièvre persiste ou augmente après que des vomissements ont été provoqués. Chez quelques-uns des individus dont il est question dans ces observations, il y eut d'abord une sorte de bien-être, une amélioration apparente le jour même où le vomitif fut donné; mais le lendemain le mouvement fébrile avait repris toute son intensité. Chez le sujet de l'observation CXLV, ce fut à la suite de l'administration de deux grains d'émétique qu'apparurent des accès qui ressemblaient à ceux d'une fièvre pernicieuse.

Toutes les fois que des symptômes nerveux graves existaient, nous n'avons pas vu qu'ils aient été améliorés par l'emploi des émétiques ou des purgatifs. Tantôt ces symptômes ont simplement persisté, tantôt ils ont augmenté immédiatement après l'emploi de ces moyens. Les observations IV, XXXIV, XL, XLI, XLIV, CXXVII, CXXXVI, CXLVI sont bonnes à méditer sous ce rapport.

Des différents faits que nous venons de rappeler, quelles conséquences tirerons-nous? C'est que, malgré l'étrange abus qu'on a fait des évacuants, leur emploi ne doit pas être généralement proscrit, et qu'il est des cas dans lesquels leur utilité ne saurait être révoquée en doute. S'il est un fait dont nous soyons convaincus en médecine, c'est l'amélioration subite qui suit parfois l'administration d'un vomitif ou d'un purgatif chez les individus qui présentent d'une manière nette les symptômes de cette affection qu'on appelle embarras gastrique ou intestinal. Un autre fait qui ne nous est pas moins démontré, c'est que le mouvement fébrile qui peut accompagner ces symptômes disparaît souvent avec ceux-ci, après que des vomissements ont été provoqués. Vers la fin de l'été dernier, dans lequel a singulièrement prédominé la constitution froide et humide (année 1829), nous avons trouvé de fréquentes occasions d'administrer l'émétique avec le plus grand avantage dans des cas pareils à ceux dont nous venons de parler. Nous nous bornerons à citer en particulier les deux cas suivants, qui ressemblent d'ailleurs à d'autres que nous avons déjà cités dans ce volume.

Une femme de moyen âge est reçue à l'hôpital Cochin dans le cours du mois de septembre 1829. Elle se plaint d'une forte céphalalgie, de douleurs dans les articulations et en divers points des parois thoraciques. La face exprime l'abattement, et la couleur rouge des pommettes contraste avec la teinte

jaune du pourtour des yeux, des ailes du nez et des lèvres. Un enduit jaune épais couvre la langue; des nausées continuelles tourmentent la malade; l'épigastre est indolent, les selles sont rares; le pouls est fréquent, la peau chaude. Cet état persiste pendant quatre jours; la malade s'affaisse, il y a tendance à l'adynamie; au bout de ce temps, deux grains d'émétique sont administrés; plusieurs vomissements ont eu lieu. Le lendemain, nous trouvons pour la première fois la malade sans fièvre; les nausées n'existent plus; les douleurs ne se font plus sentir; la langue reste encore un peu chargée. Les jours suivants, elle est très-bien.

Un maître d'hôtel se présente à nous avec tous les symptômes de la fièvre dite bilieuse : céphalalgie sus-orbitaire des plus pénibles; douleurs contuses dans les articulations et vers les lombes; continuelles envies de vomir, et de temps en temps quelques vomissements peu abondants; langue très-blanche, large, sans aucune rougeur; saveur d'amertume insupportable dans la bouche; sensation de gêne à l'épigastre; constipation; pouls fréquent et dur; peau chaude, et chaque soir violent redoublement fébrile, pendant lequel la céphalalgie augmente d'une manière atroce; ce redoublement se termine chaque matin par une sueur très-abondante. Nous faisons pratiquer une saignée du bras; aucun amendement n'a lieu. Une application de sangsues à l'anus n'est pas suivie de plus d'avantage. Six jours se passent ainsi, et l'état du malade ne s'est point amélioré; le mouvement fébrile est toujours des plus intenses.

Cependant le malade nous raconte qu'il y a quelques années il a eu une affection semblable, et qu'il n'en a été guéri qu'après qu'on l'a fait vomir; il nous demande avec instance d'avoir recours au même moyen; nous lui donnons en effet deux grains d'émétique; il vomit une très-grande quantité

de bile verte. Dans le reste de la journée, il n'a plus de nausées, le soir le redoublement fébrile manque; le lendemain matin nous le trouvons sans fièvre, et le surlendemain il est convalescent (1).

L'observation ne nous permet donc pas de douter que dans certains états morbides, avec ou sans fièvre, reconnaissables à des symptômes bien tranchés, les émétiques, donnés à dose vomitive, ne puissent être d'une utilité réelle. Leur efficacité dans ces cas nous semble être un des plus forts arguments contre la doctrine qui explique tout désordre fonctionnel de l'estomac par une irritation gastrique, et toute fièvre continue par une gastro-entérite. Les théories anciennes, d'après lesquelles on se rendait compte du succès des vomitifs en supposant que ces agents débarrassaient l'estomac des saburres qui y étaient accumulées, ne nous paraissent pas d'ailleurs plus admissibles. Plusieurs faits que nous avons cités nous semblent effectivement démontrer que l'existence de ces saburres gastriques est au moins fort hypothétique; nous n'en avons trouvé aucune trace dans l'estomac d'individus qui, jusqu'à l'instant de leur mort, avaient présenté cet ensemble de symptômes que Stoll, par exemple, aurait expliqués par la présence de saburres dans l'estomac.

---

(1) Depuis que nous avons publié ces observations dans la seconde édition de notre *Clinique*, nous en avons recueilli beaucoup d'autres semblables, et nous restons convaincu que les éméto-cathartiques peuvent être administrés avec le plus grand avantage dans les cas pareils à ceux qui viennent d'être rapportés. Aujourd'hui encore (1839), comme à l'époque où j'écrivais cette note, je suis resté convaincu, par des observations de plus en plus accumulées, de la grande utilité dont les évacuants peuvent être dans le traitement de certaines formes de fièvres continues; mais je ne pense pas, comme on l'a récemment avancé, que la méthode évacuante puisse convenir à tous les cas, et doive être indistinctement employée dans tous. *Ars medica non semper idem facit* (HIPPOCRATE).

Peut-être comprendrait-on mieux les avantages des vomitifs, si, au lieu de ne considérer que leur action locale sur l'estomac, on réfléchissait aux modifications puissantes qu'ils impriment à beaucoup d'autres organes, et surtout aux agents d'un grand nombre de sécrétions, à ceux de la circulation et de la respiration, et enfin aux centres nerveux. L'émétique serait donc surtout à nos yeux un moyen perturbateur énergique, qui, changeant simultanément la manière d'être d'un grand nombre d'actes vitaux, produirait dans l'économie une brusque modification, qui, suivant les cas indiqués par l'expérience, serait elle-même salutaire ou nuisible.

§ IV. TRAITEMENT PAR LES TONIQUES ET LES EXCITANTS.

Quarante de nos malades ont été soumis à ce traitement. Le quinquina sous toutes les formes, le vin, le camphre, le musc, l'assa-fœtida, l'acétate d'ammoniaque, l'éther, diverses eaux distillées aromatiques, sont les principales substances qui leur ont été données. Plusieurs ont pris en même temps chaque jour une certaine quantité de bouillon de bœuf.

Sur ces quarante individus ainsi traités, il y en a vingt-six chez lesquels la maladie s'est aggravée et s'est terminée d'une manière funeste (obs. VI, VII, XII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX, XXXI, XXXII, XXXV, XL, XLIV, XLV, XLVIII, LXI, CXXV). Parmi ces malades, il y en eut quelques-uns chez lesquels, pendant les premiers temps de l'administration des toniques, on observa un amendement qui ne fut que passager (obs. XI, XV, XXIX, XXXI).

Chez les quatorze autres, l'état s'améliora après qu'on eut commencé à donner des toniques, et la maladie se termina heureusement. Mais, relativement à la part que put avoir la

médication excitante sur la guérison, ces quatorze individus doivent être distingués en deux séries : dans la première, nous rangerons ceux chez lesquels on observa un prompt amendement dès que des toniques eurent été donnés (obs. XXXIV, CXXXV, CXXXVIII). Dans la seconde série, nous comprendrons ceux qui, bien différents des précédents, ne virent leur maladie s'amender que peu à peu, progressivement, comme s'ils avaient été soumis à la simple méthode expectante (obs. CXXXIV, CXXXVI, CXXXVII, CXXXIX, CXL, CXLI, CXLII, CXLIII, CXLIV, CXLV, CXLVI). Si l'on admet que les sujets de la première série ont dû aux toniques l'amélioration qu'ils ont éprouvée, on conservera plus de doutes à l'égard des sujets de la seconde série.

Ainsi, en définitive, sur quarante individus traités par les toniques, nous en trouvons vingt-six chez lesquels la maladie s'aggrave pendant l'usage de ces médicaments; onze chez lesquels, au contraire, elle s'amende pendant que ces mêmes toniques sont administrés, et trois seulement chez lesquels l'amélioration suit de si près le commencement de l'emploi de la méthode excitante, qu'il semble raisonnable de penser que c'est à ce traitement que l'amélioration a été due. Relisez, par exemple, l'observation XXXVI : plusieurs jours de suite, des sangsues sont appliquées à l'épigastre, et de simples délayants sont donnés à l'intérieur; cependant tout s'aggrave, et l'état adynamique se prononce de plus en plus; alors on cesse les applications de sangsues, on administre le quinquina, et dès le lendemain on trouve les forces relevées, et une amélioration qui va en augmentant les jours suivants. Encore dans ce cas serait-il possible que le bien ait surtout résulté de la suspension des émissions sanguines. Ajoutons que, dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, il n'y a pas certitude complète que le quinquina ordonné ait été effectivement pris par le malade.

Combien de fois, dans le cours de nos recherches cliniques, n'avons-nous pas trouvé encore à peu près intact, près du lit des malades, le pot de boisson à laquelle on attribuait soit le bien, soit le mal qu'ils avaient éprouvé !

Chez les individus traités par les toniques, les divers désordres fonctionnels se sont en général exaspérés ou amendés comme la maladie elle-même, considérée dans son ensemble. Ainsi, pour le mouvement fébrile, pour les symptômes nerveux, nous ne pourrions que répéter ce qui vient d'être dit dans les précédents alinéas. Ici seulement nous rappellerons que, chez le sujet de l'observation CXXXIV, le quinquina fit disparaître des symptômes nerveux fort graves qui, par leur nature et par leur retour périodique, ressemblaient à ceux qui caractérisent un accès de fièvre pernicieuse.

La langue revint à son état naturel, pendant que les toniques étaient administrés, chez les neuf sujets. Ce retour fut rapide chez quelques-uns, lent et progressif chez le plus grand nombre.

Présentant son aspect naturel, lorsqu'on commença à donner les toniques, elle continua à offrir cet aspect pendant leur administration, chez quatre sujets.

Elle se sécha, rougit ou noircit, pendant l'administration du quinquina et autres toniques ou stimulants, chez quinze malades.

Elle offrit de remarquables alternatives de sécheresse et d'humidité, de rougeur et de pâleur, chez trois autres individus.

Sèche, rouge, brune ou noire, lorsque les toniques commencèrent à être donnés, elle resta telle chez neuf des malades dont nous avons rapporté l'observation.

Pendant l'administration des toniques, la diarrhée cessa dans trois cas; elle persista dans dix-sept cas; enfin elle apparut dans quatre cas.

Pendant cette même médication, le météorisme cessa dans cinq cas; il augmenta beaucoup dans un cas, il persista cinq fois; enfin il apparut dans trois autres cas, en même temps que les malades étaient soumis à une médication stimulante.

Nous ne prétendons pas que le résumé que nous venons de présenter, fixe définitivement l'opinion des médecins sur le degré d'utilité dont peuvent être les toniques dans les maladies dont il a été question dans ce volume; nous désirons seulement que nos observations appellent sur ce genre de médication l'attention des praticiens, et les engagent à faire, à cet égard, quelques nouvelles recherches : car nous ne pensons pas que tout en soit fini avec une pareille question, et ce n'est certainement point par les seules données de l'anatomie pathologique qu'on peut espérer de la résoudre. Ainsi, nous verrons, dans un autre volume, des pneumonies traitées avec succès par une méthode stimulante. Ce n'est plus ici de la seule considération de la lésion locale que se tirent les indications; il en est de même dans la plupart des autres maladies, je dirais volontiers, dans toutes. Quelle que soit donc l'importance que nous ayons accordée, dans les *fièvres*, à l'inflammation des voies digestives, nous ne saurions admettre que, toujours, la thérapeutique doive entièrement se subordonner à cette inflammation. C'est ce qu'avait très-bien senti, il y a déjà plusieurs années, M. Bouillaud, lorsque, tout en établissant que la plupart des fièvres dites adynamiques avaient leur point de départ dans un état phlegmasique de l'intestin, il avait conseillé l'emploi des chlorures pour combattre les modifications consécutives qu'il admettait dans le sang (1).

---

(1) Au point où en est arrivée aujourd'hui la question de la nature des fièvres continues, et du rôle que jouent dans leur production les différentes lésions

d'organes qui les accompagnent, la grande importance accordée à l'altération intestinale, comme point de départ de ces maladies, me semble devenir de plus en plus problématique. Plus j'observe, plus je médite sur les faits déposés dans les annales de la science, et plus j'arrive à la conviction profonde que dans beaucoup des pyréxies qu'on a long-temps appelées essentielles, comme dans un grand nombre d'autres maladies, soit aiguës, soit chroniques, l'organisme tout entier est troublé et comme dominé par une cause générale qui va partout faire sentir son influence, et de laquelle dérivent, comme autant d'effets plus ou moins nécessaires, les diverses lésions d'organes que l'anatomie nous découvre. Telle était l'opinion à laquelle je m'étais rattaché, lorsqu'en 1823, au milieu de la tendance générale à une localisation absolue qui régnait alors, j'essayai de lutter contre cette tendance dans le premier volume de la Clinique médicale qui fut alors livré au public. Je demande la permission de reproduire aujourd'hui textuellement les dernières pages de la première édition de ce volume, supprimées dans les suivantes : aujourd'hui, sans doute, je modifierais dans quelques-uns de leurs détails les considérations qu'on va lire, mais je maintiendrais, et au besoin j'étayerais de nouvelles preuves la pensée principale dont elles sont empreintes. Je m'exprimais alors ainsi qu'il suit :

Les fièvres, disais-je, nous paraissent devoir être considérées comme des affections générales, ayant également leur siége et dans les solides et dans les liquides, mais pouvant, dès leur début, ou pendant leur cours, se compliquer de différentes affections locales ; de là divers groupes de symptômes, et divers modes de traitement.

A l'appui de cette proposition, nous rappellerons en peu de mots ce que nous ont appris soit la nécroscopie, soit l'examen des phénomènes morbides, soit les résultats des méthodes thérapeutiques. Nous invoquerons aussi plusieurs faits physiologiques qui nous semblent propres à jeter un grand jour sur la question de la nature des fièvres.

Ce n'est que dans des cas rares que la nécroscopie ne découvre aucune lésion appréciable soit du tube digestif, soit d'un autre organe. On objecte alors que les traces d'inflammation disparaissent, de même qu'on voit s'effacer après la mort la rougeur d'un érysipèle. Mais c'est seulement dans le cas où la phlegmasie cutanée a été très-légère, que l'injection des capillaires cesse après la mort. Pour peu qu'il y ait eu autre chose qu'un simple érythême, on retrouve sur le cadavre la peau rouge comme pendant la vie. La rougeur de la membrane muqueuse gastro-intestinale ne doit donc aussi disparaître que dans les cas d'injection légère ; et alors l'existence de celle-ci serait insuffisante pour expliquer la mort.

On a objecté avec plus de raison que l'absence de lésion dépend souvent de la rapidité de la mort. Mais tel n'a point été le cas de nos malades, puisqu'ils ne succombèrent qu'au bout de plusieurs jours.

Il est bien plus ordinaire de trouver des lésions dans le tube digestif; mais l'intensité de ces lésions est loin d'être toujours en rapport avec la gravité des symptômes. On a éludé cette difficulté en invoquant le mode de sensibilité des différents malades. On a dit que, chez ceux dont les sympathies étaient plus développées, la lésion la plus légère devait retentir dans toute l'économie, et produire les plus grands désordres. Incontestable dans plusieurs cas, cette différence de sensibilité nous paraît avoir été, dans beaucoup de circonstances, ou exagérée ou supposée. Aucun fait ne la démontrant chez la plupart des individus atteints de fièvres graves, nous sommes en droit de la nier.

D'autres fois, enfin, les lésions des voies digestives sont considérables. Tantôt ces lésions peuvent être justement regardées comme le point de départ de la maladie ; mais tantôt elles ne paraissent s'être développées que pendant son cours, et ne semblent être alors qu'une complication.

La nature des lésions intestinales ne doit pas être perdue de vue. Les unes consistent dans une inflammation franche de la membrane muqueuse, telle qu'elle existe dans les cas de gastrite ou d'entérite, suites d'empoisonnement. D'autres lésions semblent appartenir plus spécialement aux fièvres. Tels sont les différents exanthèmes de la muqueuse, qui semblent être à celle-ci ce que les pustules varioliques sont à la peau ; tels sont encore les *anthrax* de cette même membrane muqueuse, analogues aux anthrax cutanés.

Si nous examinons maintenant les symptômes, nous verrons d'abord que, dans les fièvres légères, le point de départ de la maladie n'est pas constamment une irritation des voies digestives. Dans ces fièvres, ainsi que l'a fort bien fait ressortir M. Boisseau, les symptômes peuvent être rapportés tour-à-tour à l'irritation de l'encéphale, des bronches, des intestins, du foie, des reins, des muscles eux-mêmes. Souvent la plupart de ces organes semblent être affectés à la fois, sans qu'il soit possible de déterminer quel a été le point de départ. Dans les fièvres plus graves, l'on retrouve cette multiplicité de lésions; elle est annoncée par la variété infinie des symptômes. Ici encore, comme dans les fièvres légères, les symptômes de la phlegmasie gastro-intestinale sont tantôt très-peu marqués pendant tout le cours de la maladie; tantôt ces symptômes n'apparaissent qu'à une époque déjà avancée de la fièvre ; d'autres fois ils cessent de se montrer lorsque les symptômes ataxo-adynamiques existent encore dans toute leur intensité.

Enfin, bien qu'on ne puisse nier que, dans un grand nombre de fièvres graves, les antiphlogistiques, les saignées générales ou locales ne soient éminemment utiles, l'observation nous a aussi démontré, dans d'autres cas de fièvres graves, l'utilité d'une médication tonique.

Si les phénomènes offerts par les fièvres continues ne peuvent tous être expliqués par l'existence d'une gastro-entérite, on peut encore plus rarement rapporter à une phlegmasie locale les phénomènes offerts par une fièvre intermittente bénigne ou grave, ainsi que nous avons essayé de le prouver.

Comment nous rendrons-nous raison de ces phénomènes? La méditation des faits suivants pourra peut-être nous éclairer à cet égard.

Si l'on applique sur le tissu cellulaire d'un animal, si l'on injecte dans ses veines une substance vénéneuse, prise dans la classe des poisons corrosifs, âcres ou narcotico-âcres, l'animal succombe, au bout d'un temps plus ou moins long, après avoir offert un ensemble de symptômes qui ont la plus grande analogie avec ceux que l'on observe dans les fièvres ataxiques et adynamiques. Tantôt la mort survient au milieu de convulsions violentes, de secousses tétaniques, des symptômes nerveux les plus variés; tantôt les animaux restent plongés dans un état de prostration qui devient de plus en plus grand, et qui enfin les conduit à la mort.

Si, comme l'ont fait dans ces derniers temps MM. Magendie, Gaspard et Dupuy, l'on injecte dans les veines d'un animal, soit différentes espèces de pus, soit des substaces putrides végétales ou animales, l'on observe encore la même série de phénomènes.

Quelquefois aussi, dans ces différents cas, la gêne extrême de la respiration, des vomissements, des déjections sanguinolentes, se joignent aux symptômes généraux, et annoncent une lésion des poumons, de l'estomac ou des intestins.

En ouvrant les cadavres dans ces différents cas, toutes les parties du corps, scrupuleusement examinées, ne présentent souvent aucune espèce d'altération appréciable. Mais, d'autres fois, plusieurs parties sont le siége de lésions diverses. Les poumons sont gorgés de sang, hépatisés, parsemés de taches brunes ou livides; leur tissu est ramolli, et plus ou moins profondément désorganisé. La surface interne des cavités du cœur est fortement colorée en rouge; elle présente des taches, des ulcérations, des épanchements sanguins au-dessous de la membrane interne. Le tube digestif est le siége d'une phlegmasie variable en étendue et en intensité. Enfin, les diverses cavités des séreuses, et spécialement celles de l'arachnoïde rachidienne, du péricarde et des plèvres, présentent des épanchements purulents, séreux ou sanguins.

C'est encore ainsi que, chez les hommes et chez les animaux morts de la rage, ou chez ceux qui succombent aux accidents qui suivent l'absorption de divers venins, tantôt on trouve tous les organes sains, tantôt on reconnaît des traces d'inflammation, soit à la surface des diverses muqueuses, soit dans les parenchymes.

Mais, soit que ces lésions diverses existent ou non, la mort n'en survient pas moins, précédée à peu près de la même série de symptômes. Ces lésions variables ne sont donc que des phénomènes accessoires, et ce n'est point en elles que réside le véritable siége de la maladie et la cause de la mort. Le désordre commence, dans ces différents cas, par être général, et il ne se *localise* en quelque sorte qu'accidentellement.

Nous retrouvons encore un même ordre de causes et un même ensemble de phénomènes chez les individus qui sont atteints de la pustule maligne, après avoir touché des viandes malsaines, chez ceux qui en disséquant se piquent avec un instrument enduit de substances animales putrides.

Entre ces maladies, évidemment produites par l'introduction d'une substance délétère dans le sang, et entre les différentes pestes dues à l'absorption des miasmes, l'analogie est frappante. Mais ces pestes elles-mêmes ne diffèrent des fièvres graves journellement soumises à notre observation que par la plus grande intensité des symptômes. Dans toutes également, les fonctions des centres nerveux sont bouleversées; les battements du cœur sont troublés, accélérés, ralentis, ou même interrompus tout-à-coup; les systèmes capillaires sont modifiés dans leur texture et dans leurs propriétés; les poumons sont enflammés et désorganisés; le canal digestif est frappé de phlegmasie; le foie et les reins sont atteints, et leurs sécrétions perverties; la rate s'engorge et se ramollit; la peau est tour-à-tour sèche, humide, exanthémateuse; la composition chimique des muscles semble altérée; plusieurs humeurs subissent des modifications; en un mot, l'économie entière paraît frappée. Comment rapporter tant de désordres à la lésion d'un seul organe?

Bordeu a signalé, dans un passage plein de verve et de génie, les vaines prétentions de ceux qui ont voulu faire de toutes les fièvres graves une affection locale. Ce passage, perdu en quelque sorte au milieu des recherches sur le pouls, se trouve si naturellement lié à notre sujet, il nous a semblé contenir des vérités si importantes, que nous croyons devoir le transcrire littéralement.

« La fièvre maligne, dit Bordeu, est un dérangement composé de celui de »la plus grande partie des organes. Ce grand nombre de symptômes, souvent »opposés, ne saurait dépendre d'une seule et même cause. Aussi tous les sys-

» tèmes sur les causes des maladies peuvent-ils trouver leur application dans » la fièvre maligne.

» Ceux qui s'attachent surtout à considérer l'état du cerveau trouvent ici de » quoi appuyer leur opinion. L'assoupissement, le délire, l'engorgement des » vaisseaux cérébraux trouvé à l'ouverture des cadavres, leur fournissent des » arguments qui ne sont pas peu spécieux; mais un homme qui vient de rece- » voir un coup à la tête, avec blessure ou compression du cerveau, non plus » qu'un épileptique ou un maniaque, n'ont pas une fièvre maligne; il y a dans » cette fièvre autre chose qu'une affection du cerveau.

» La tension du ventre, l'inertie ou l'extrême sensibilité des entrailles, les » vomissements, le dévoiement, symptômes presque inséparables de la fièvre » maligne, prouvent sans doute l'affection des premières voies. Il y a pourtant » autre chose que cette affection : un malade qui a une inflammation du ven- » tre, une colique bilieuse ou convulsive, un choléra-morbus n'a pas pour » cela la fièvre maligne.

» Les maux de gorge, les convulsions du diaphragme, l'irrégularité et la » difficulté de la respiration, tout manifeste l'embarras de la poitrine dans la » fièvre maligne; mais cette fièvre n'existe pas dans une simple fluxion de » poitrine.....

» Ceux qui regardent les dérangements de la transpiration et les affections » de la peau comme les causes de presque toutes les maladies peuvent aussi » appuyer leur système de l'histoire de la fièvre maligne : la sécheresse et la » chaleur brûlante de la peau, les sueurs irrégulières, les éruptions de toutes » les espèces, démontrent les embarras de tout l'organe cutané; mais la peau » peut être affectée de plusieurs de ces accidents, sans que cela suppose une » fièvre maligne.

» Enfin le système des humoristes n'est nulle part aussi spécieusement ap- » pliqué que dans l'explication de plusieurs des symptômes de cette fièvre.

» C'est donc avec raison, continue Bordeu, que la fièvre maligne doit être » regardée comme le fond de plusieurs maladies jointes ensemble. Un malade » attaqué de cette fièvre bien caractérisée a tout à la fois le cerveau embar- » rassé, les nerfs pris, les humeurs altérées; il a toutes les espèces d'embarras » qui peuvent être les causes de plusieurs maladies du ventre, de la poitrine, » de la tête et des autres parties; il est, pour ainsi dire, dans l'état qui pour- » rait constituer un *scorbut aigu.* »

Plus nous avons médité l'histoire des fièvres, plus nous avons été porté à les envisager sous le même point de vue que Bordeu. Les idées nouvellement

émises sur la nature, le siége et le traitement des fièvres, nous ont paru ne pouvoir être adaptées qu'à quelques cas particuliers. Cependant la plupart de ceux qui ont adopté dans toute son étendue la *doctrine physiologique* semblent ne pas même soupçonner les nombreuses objections qui s'élèvent contre elle; on dirait que pour eux il n'y a rien au-delà du cercle où les a enfermés un homme d'un talent supérieur. Nés dans un autre siècle, n'eussent-ils pas été exclusivement homoristes avec Sylvius, animistes avec Stalh ?

Pour nous, il nous semble que, dans cette branche de la pathologie, il reste encore beaucoup de questions à éclaircir, beaucoup de phénomènes à approfondir. Nous en avons indiqué une partie, et toujours nous nous sommes efforcé de distinguer le vraisemblable et ce qui était prouvé, d'avec ce qui n'était pas probable. On n'est véritablement encore qu'à l'entrée de la carrière, et l'on ne pourra pénétrer plus avant qu'en accumulant les observations, en multipliant les expériences physiologiques appliquées à la pathologie, et en perfectionnant l'analyse des liquides animaux. Mais, dans le cours de ces recherches, ne devançons pas les faits, et sachons nous arrêter là où les faits cessent de nous éclairer. (*Texte de la première édition.*)

A l'époque où ces lignes ont été écrites, la plupart des médecins, entraînés par la polémique ardente de Broussais, rapportaient toutes les fièvres dites essentielles à une gastro-entérite d'intensité variable, et à laquelle on attribuait le pouvoir de réveiller, suivant les individus, des sympathies plus ou moins nombreuses. La lésion toute spéciale des follicules intestinaux n'avait point encore été signalée, et l'on ne pensait point encore à faire intervenir, dans l'explication des phénomènes fébriles, l'altération du sang. Aujourd'hui que toutes ces voies d'investigation ont été parcourues avec plus ou moins de succès, il me semble qu'il existe de bonnes raisons pour établir que la fièvre typhoïde, je veux dire la fièvre que M. Louis a rattachée à une altération des follicules intestinaux, doit être placée au nombre des maladies qui appartiennent à la grande classe des pyrexies, c'est-à-dire à ces affections générales aiguës dans lesquelles l'organisme tout entier est simultanément troublé, soit spontanément, soit par suite de quelque influence appréciable, sans qu'on puisse dire que, des diverses lésions qui accompagnent ce trouble universel, aucune en soit le point de départ; à mes yeux, la variole est une de ces pyrexies, et l'éruption cutanée, qui la caractérise, ne la constitue pas plus toute entière, que l'éruption intestinale ne constitue toute la fièvre typhoïde. On est en droit de reprocher à Pinel d'avoir classé, dans sa nosographie, la variole et les autres fièvres éruptives parmi les inflammations de la peau, prenant ainsi la fraction pour le tout; et aujourd'hui celui qui rangerait la fièvre typhoïde

parmi les simples phlegmasies de la membrane muqueuse intestinale ou de ses follicules, me semblerait mériter le même reproche; lui aussi prendrait un des effets de la maladie pour la maladie elle-même.

(*Note de la quatrième édition.*)

FIN DU TOME PREMIER.

TABLE

DES MATIÈRES.

Pages.

Observations sur les maladies de l'abdomen. 1

LIVRE PREMIER. — Maladies du tube digestif. 4

SECTION PREMIÈRE. — Observations sur les fièvres. 3

Chapitre premier. — Fièvres continues terminées par la mort. . . 9

Article premier. — Fièvres continues, liées à une inflammation folliculeuse des intestins. 11

§ I. Observations sur l'entérite folliculeuse à la période d'exanthème. . 12

§ II. Observations sur l'entérite folliculeuse à la période d'ulcération. . 56

§ III. Observations sur l'entérite folliculeuse parvenue à sa période de guérison. 185

Article II. — Fièvres continues, liées à d'autres formes d'inflammation gastro-intestinale qu'à l'entérite folliculeuse. 211

Article III. Observations sur les cas de maladies diverses, accompagnées de symptômes typhoïdes, sans lésion appréciable du tube digestif, ... 243

§ I. Symptômes typhoïdes, développés à l'occasion de lésions diverses appréciables par l'anatomie. 245

§ II. Symptômes typhoïdes, sans lésions appréciables par l'anatomie. . 296

Chapitre II. — Fièvres continues, terminées par le retour à la santé. 312

Article premier. — Traitement par la diète et les simples délayants. 313

Article II. — Traitement par les évacuants. 332

Article III. — Traitement par les antiphlogistiques. 363

Article IV. — Traitement par les toniques. 415

Chapitre III. — Résumé. 471

Article premier. — Étiologie. 471

Article II. — De l'état des différents organes après la mort et pendant la vie. 477

Tube digestif. 477

Pages.
§ I. Lésions trouvées après la mort dans le tube digestif. 477
A. Constance des lésions du tube digestif. 477
B. Fréquence des lésions du tube digestif. 485
C. Siége et nature des lésions du tube digestif. 485
a. Estomac. 486
b. Intestin grêle. 490
c. Gros intestin. 506
d. Matières contenues dans le tube digestif. 507
D. Rapport des lésions gastro-intestinales avec les symptômes. . . . 510
§ II. Lésions fonctionnelles de l'appareil digestif. 513
Appareil circulatoire. 549
§ I. Lésions trouvées après la mort dans l'appareil circulatoire. . . . 549
§ II. Lésions de l'appareil circulatoire, observées pendant la vie. . . 571
Appareil de la circulation lymphatique. 583
Appareil respiratoire. 585
§ I. Lésions de cet appareil observées après la mort. 585
§ II. Lésions de l'appareil respiratoire observées pendant la vie. . . 688
Appareils des sécrétions. 593
§ I. Lésions du tissu cellulaire. 593
§ II. Lésions des membranes séreuses. 595
§ III. Lésions de l'appareil biliaire. 596
§ IV. Lésions des voies urinaires. 601
§ V. Lésions des glandes salivaires et du pancréas. 602
Appareils de la vie de relation. 604
§ I. Lésions de ces appareils, observées après la mort. 604
A. Centres nerveux. 604
B. Muscles. 611
§ II. Lésions des appareils de la vie de relation observées pendant la vie. 611
A. Lésions des fonctions des centres nerveux. 611
B. Lésions de l'action musculaire. 616
C. Lésions de fonction des organes des sens. 618
Article III. — Traitement. 632
§ I. Traitement par la diète et les boissons mucilagineuses ou acidules. 636
§ II. Traitement par les émissions sanguines. 642
§ III. Traitement par les évacuants. 659
§ IV. Traitement par les toniques et les excitants. 668

FIN DE LA TABLE.

Rare Books
7.C.23.
Clinique medicale, ou choix d'o1839
Countway Library BDE6519
3 2044 045 351 459

Rare Books
7.C.23.
Clinique medicale, ou choix d'o1839
Countway Library BDE6519
3 2044 045 351 459